



ARROWHEAD REGIONAL MEDICAL CENTER
Políticas y procedimientos administrativos

Política nro. 110.28, versión 11
Página 1 de 16

SECCIÓN: ADMINISTRACIÓN

SUBSECCIÓN: OPERACIONES

ASUNTO: POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE BENEFICENCIA DE PACIENTES

APROBADA POR: _____

Director ejecutivo de ARMC

OBJETIVO Y FECHA DE ENTRADA EN VIGOR

El propósito de esta política es definir los criterios de cumplimiento de los requisitos para recibir atención de beneficencia y detallar el proceso que usa Arrowhead Regional Medical Center para determinar si un paciente reúne esos requisitos. La fecha de entrada en vigor de esta política es el 1 de enero de 2025.

POLÍTICA

Arrowhead Regional Medical Center (“ARMC”) se compromete a brindar atención de la salud de calidad a la comunidad y ayudar a las personas que no tienen seguro médico, tienen un seguro insuficiente, no reúnen los requisitos para participar en programas gubernamentales o el California Health Benefit Exchange y no pueden pagar la atención médicamente necesaria a causa a su situación financiera individual. ARMC se esfuerza por garantizar que las personas que necesitan servicios de atención de la salud no se vean impedidas de recibirlos debido a su situación económica. Se espera que los pacientes que desean recibir atención de beneficencia de ARMC cumplan con esta política.

Los médicos de emergencias (según la definición de la sección 127450 del Código de Salud y Seguridad), que brindan servicios médicos de emergencia en un hospital que provee atención de emergencia, también están obligados por ley a ofrecer descuentos a pacientes que no tienen seguro o que afrontan costos médicos elevados y cuyos ingresos son iguales o inferiores al 400 % del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL). Esta declaración no se interpretará como la imposición de responsabilidades adicionales al hospital.

ARMC tiene la política de proporcionar a los pacientes información comprensible por escrito con respecto a su Programa de Atención de Beneficencia y ofrecer asistencia financiera a los pacientes que reúnen los requisitos para que puedan pagar los servicios médicamente necesarios.

No se denegará atención ni servicios a los pacientes por no poder pagar. No se les pedirá a los pacientes que paguen los servicios por adelantado ni que paguen un depósito para programar una cita para obtener servicios de atención de la salud en ARMC, a menos que esto sea exigible por ley o contrato (como cuando se determina por ley o contrato que un copago debe pagarse por adelantado).

TIPO DE SERVICIOS CUBIERTOS

El Programa de Atención de Beneficencia que se abarca en esta política cubre todos los servicios que reúnen los requisitos, incluidos servicios hospitalarios médicamente necesarios, servicios profesionales proporcionados por proveedores con contrato con ARMC, servicios educativos y servicios de diagnóstico prestados en todos los centros operados por ARMC (incluidos el hospital y sus clínicas).

PROCEDIMIENTOS

I. CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

- A. Un paciente reúne los requisitos para recibir atención de beneficencia si se adhiere a lo establecido en esta política y cumple las dos condiciones siguientes:
 - 1. No tiene seguro, tiene un seguro insuficiente o tiene costos médicos elevados (cada uno de ellos es un “paciente que reúne los requisitos”).
 - 2. Sus ingresos familiares no superan el 400 % del nivel federal de pobreza (FPL).
- B. Los activos monetarios no se tienen en cuenta a la hora de determinar el cumplimiento de los requisitos para recibir atención de beneficencia.
- C. La determinación de los ingresos familiares del paciente se realiza de acuerdo con el nivel federal de pobreza (FPL) vigente en el momento de la determinación del cumplimiento de los requisitos.
- D. La aprobación de la atención de beneficencia no tiene en cuenta la edad, el sexo, la raza, la condición social o de inmigrante, la orientación sexual o la afiliación religiosa del paciente, ni ninguna otra condición protegida por la ley.
- E. Si el paciente reúne los requisitos para recibir atención de beneficencia, podrá recibirla durante un año a partir de la fecha de aprobación. No se exigirá la presentación de solicitudes adicionales para consultas médicas posteriores durante el período de cumplimiento de los requisitos de un año.
- F. Limitaciones de la atención de beneficencia para pacientes con Medicare y Medi-Cal/Medicaid:
 - 1. Los pacientes que cumplan con el requisito del FPL y cuya cobertura principal sea Medicare podrían reunir los requisitos para recibir atención de beneficencia, pero el importe que es elegible para este tipo de atención se limita a los copagos, coseguros, deducible y la parte de los costos del paciente no reembolsados por ningún otro pagador, incluido Medi-Cal/Medicaid, y que Medicare no reembolsa como deuda incobrable.
 - 2. Los pacientes que cumplan con el requisito del FPL y tengan cobertura de Medi-Cal/Medicaid restringida o de alcance limitado podrían reunir los requisitos para recibir atención de beneficencia, pero el importe que es elegible para este tipo de atención se limita a los cargos por la parte de los costos y por los servicios médicamente necesarios denegados por Medi-Cal/Medicaid.
 - 3. Los pacientes que cumplan con el requisito del FPL y tengan cobertura plena de Medi-Cal/Medicaid podrían reunir los requisitos para recibir atención de beneficencia, pero el importe que es elegible para este tipo de atención se limita a los cargos por la parte de los costos en virtud de la cobertura de Medi-Cal/Medicaid.

II. DETERMINACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

- A. ARMC determinará si un paciente reúne los requisitos para recibir atención de beneficencia mediante la evaluación de la situación individual del paciente. Salvo lo dispuesto en la sección III de esta política, se espera que el paciente o su garante proporcionen toda la documentación necesaria para que ARMC pueda determinar si el paciente reúne los requisitos. Estos documentos incluyen:

1. Solicitud de asistencia financiera ("solicitud") (Anexo A)
 2. Copia de una identificación con fotografía
 3. Evidencia de ingresos familiares (recibos de sueldo o declaraciones de impuestos sobre la renta recientes)
 4. Declaración de apoyo que brinde una explicación si vive sin ingresos
- B. La evidencia de ingresos familiares se limita a los recibos de sueldo o las declaraciones de impuestos sobre la renta recientes. No se requieren otros documentos que demuestren los ingresos familiares, pero ARMC aceptará y tendrá en cuenta otros documentos si el paciente los ofrece.
- C. La información obtenida de las declaraciones de impuestos sobre la renta, los recibos de sueldo y cualquier otra documentación de activos monetarios proporcionada por el paciente con fines de determinación del cumplimiento de los requisitos para recibir atención de beneficencia no se usará para actividades de cobro efectuadas por ARMC.
- D. Cuando el paciente no pueda proporcionar recibos de sueldo o declaraciones de impuestos sobre la renta recientes, deberán seguirse y considerarse los procedimientos que se detallan a continuación para determinar los ingresos familiares del paciente:
1. Certificación por escrito: el paciente puede firmar una declaración que certifique la exactitud de la información sobre ingresos proporcionada.
 2. Certificación verbal: el asesor financiero del hospital puede proporcionar una certificación escrita de que el paciente verificó verbalmente el cálculo de ingresos. Se debe intentar documentar los ingresos anuales del paciente antes de tomarle declaración verbal, pero el asesor financiero del hospital no puede solicitar al paciente ningún documento relacionado con los ingresos, excepto recibos de sueldo o declaraciones de impuestos sobre la renta recientes.
- E. Momento de la determinación:
1. El cumplimiento de los requisitos para recibir atención de beneficencia por parte de un paciente puede determinarse en cualquier momento en que la información sobre el cumplimiento de los requisitos por el paciente esté disponible.
 2. No hay límite de tiempo para que un paciente solicite atención de beneficencia.
- F. El personal de ARMC ayudará a los pacientes que solicitan atención de beneficencia a determinar si reúnen los requisitos para recibirla y, en caso afirmativo, solicitar fuentes alternativas de asistencia, como Medi-Cal, el California Health Benefit Exchange u otros programas de cobertura de salud financiados por el estado o el condado.
- G. Cuando un paciente presenta una solicitud para otro programa de cobertura de salud, o tiene una solicitud pendiente, puede presentar al mismo tiempo una solicitud de asistencia financiera.
- H. Si un paciente manifiesta la imposibilidad de pagar una factura por atención médica, se lo evaluará para determinar si puede recibir asistencia financiera en virtud de las políticas de atención de beneficencia y pago con descuento.

III. **PRESUNCIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA RECIBIR ATENCIÓN DE BENEFICENCIA**

A. Es posible que haya casos en los que un paciente puede parecer reunir los requisitos para la atención de beneficencia, pero no presenta una solicitud o no proporciona recibos de sueldo o declaraciones de impuestos sobre la renta recientes. En determinadas circunstancias, el paciente u otras fuentes presentan información adecuada que podría proporcionar pruebas suficientes para determinar que el paciente reúne los requisitos para recibir atención de beneficencia. En el caso de que un paciente no presente una solicitud o documentación de ingresos familiares, ARMC puede determinar de manera preliminar que reúne los requisitos para recibir atención de beneficencia, según se establece en esta sección de la política. El cumplimiento preliminar de los requisitos puede determinarse en función de las circunstancias de vida del paciente, que pueden incluir:

1. No tener hogar o haber recibido atención de una clínica para personas sin hogar.
2. Tratar de pacientes de salud del comportamiento en un estado mental alterado en el que el paciente no puede comunicarse adecuadamente, carece de percepción y de habilidades psicomotoras, o presenta alteraciones cognitivas.
3. Fallecimiento del paciente sin patrimonio ni cobertura de terceros.

IV. **DISPONIBILIDAD DE LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

A. Los pacientes que deseen solicitar asistencia de beneficencia deben pedir la documentación de solicitud por estos medios:

1. Llamar al Servicio de Atención al Cliente: 1-877-818-0672
2. Enviar un correo electrónico al Servicio de Atención al Cliente: patientaccounts@armc.sbcounty.gov
3. Pedir una solicitud en la Oficina del Cajero de Cuentas de Pacientes, situada en la primera planta del hospital de ARMC, frente a la farmacia ambulatoria
4. Descargar la solicitud de la página web de ARMC:
www.arrowheadregional.org/documents/English-FAP-Applicationv2.pdf

V. **PROCESO DE REVISIÓN DE SOLICITUDES**

A. Proceso de revisión de solicitudes

1. Los asesores financieros (Financial Counselors, FC) revisarán la solicitud y la documentación presentadas.
2. Si un paciente presenta una solicitud incompleta, el FC se lo notificará al solicitante para que facilite la información que falta y le dará una oportunidad razonable para hacerlo.
3. Si un paciente presenta una solicitud completa, el FC revisará el encuentro de la consulta.
4. Si el FC identifica la consulta como una posible reclamación de recuperación por lesiones, se seguirán estos procedimientos:

- a. El FC facilitará la información de la cuenta a la División de Recuperación de Ingresos (Revenue Recovery Division, RRD) del condado para que evalúe en mayor detalle la posibilidad de una reclamación de recuperación presentada por el paciente con motivo de una lesión.
 - b. El FC le enviará una carta al paciente en la que le indicará que se ponga en contacto con la RRD y aporte documentación a fin de que la RRD determine si existe la posibilidad de presentar una reclamación de recuperación ante un tercero.
 - c. La solicitud quedará en suspenso a la espera de que la RRD dé el visto bueno a cualquier posible reclamación de recuperación presentada por el paciente con motivo de una lesión.
 - d. El FC, la RRD y el paciente seguirán comunicándose hasta que sea necesario presentar la reclamación de recuperación por lesiones, en caso de que esto ocurra.
5. Si el FC determina que la consulta no es una posible reclamación de recuperación por lesiones o si el paciente no va a presentar una reclamación de recuperación por lesiones, se seguirán estos procedimientos:
- a. El FC revisará la solicitud, los recibos de sueldo, las declaraciones de impuestos sobre la renta y cualquier otro documento presentado por el paciente para determinar si este reúne los requisitos para recibir atención de beneficencia de la siguiente manera:
 - 1) El FC determinará si el paciente es un paciente que reúne los requisitos; y
 - 2) El FC determinará si los ingresos familiares del paciente son iguales o inferiores al 400 % del FPL.
 - b. Si el FC determina que el paciente reúne los requisitos, pero sus ingresos familiares superan el 400 % del FPL, el FC evaluará si el paciente reúne los requisitos para el Programa de Pago con Descuento, según lo establecido en la política nro. 110.29.
 - c. Si el FC determina que el paciente reúne los requisitos para recibir atención de beneficencia, se seguirán estos procedimientos:
 - 1) ARMC proporcionará al paciente la Carta de determinación del cumplimiento de los requisitos para recibir asistencia financiera (Anexo B).
 - 2) El FC actualizará el caso financiero en Epic con la determinación de la solicitud, ya sea aprobada o denegada, y la fecha de entrada en vigor.
 - 3) Epic ajustará automáticamente el saldo de la cuenta del paciente.

VI. PROCESO DE LITIGIO SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS POR PARTE DEL PACIENTE

- A. Un paciente puede presentar una apelación para solicitar una reevaluación. Todas las apelaciones deben enviarse por escrito al Departamento de Cuentas de Pacientes y debe usarse la siguiente información: Patient Accounts Department, Administrative Manager, 400 N Pepper Ave., Colton, CA 92324. Se notificará al paciente por escrito del resultado de la apelación dentro de treinta (30) días.

- B. Además, cualquier paciente a quien se le deniegue atención de beneficencia o que desee disputar cualquier otro asunto relacionado con el cumplimiento de los requisitos para recibir atención de beneficencia puede solicitar la revisión del gerente administrativo del Departamento de Cuentas de Pacientes de ARMC llamando al (909) 777-0771.
- C. Si se aprobó previamente al paciente en virtud de la Política de pago con descuento, pero luego reúne los requisitos para recibir atención de beneficencia debido a una apelación exitosa, ARMC tiene autorización para ajustar balances previos que hubieran sido aprobados conforme a la Política de pago con descuento debido a la apelación exitosa por parte del paciente.

VII. PROGRAMA DE PAGO CON DESCUENTO

Cuando se determine que un individuo no reúne los requisitos para recibir atención de beneficencia, se lo evaluará para determinar si reúne los requisitos del Programa de Pago con Descuento de ARMC en virtud de la política nro. 110.29.

VIII. PAGOS DE TERCEROS

ARMC puede exigir que un paciente o garante pague a ARMC los siguientes importes, incluso si el paciente reúne los requisitos para recibir atención de beneficencia:

- A. El importe total de cualquier reembolso recibido por el paciente o garante de un tercero pagador por los servicios que el paciente recibió en ARMC.
- B. Cualquier importe recibido por el paciente o el garante a través de un acuerdo legal, sentencia o adjudicación en virtud de una acción de un tercero responsable que incluya el pago de servicios de atención médica o de la salud relacionados con la lesión por la que el paciente solicita atención de beneficencia.

COMUNICACIONES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DE BENEFICENCIA

- A. ARMC proporcionará a los pacientes un aviso por escrito (“notificación”) que contiene información sobre la disponibilidad de las políticas de Atención de beneficencia y Pago con descuento de ARMC (en conjunto, las “políticas”), e incluirá información sobre el cumplimiento de los requisitos e información de contacto para saber con quién comunicarse a fin de obtener más información sobre las políticas. La notificación deberá cumplir con todos los elementos exigidos en la sección 127410 del Código de Salud y Seguridad, e incorporarlos.
- B. La notificación de las políticas se proporcionará a los pacientes del siguiente modo:
 - 1. En el momento de prestar el servicio si el paciente está consciente y puede recibir la notificación en ese momento.
 - 2. Si el paciente no puede recibir la notificación en el momento de la prestación del servicio, se la proporcionará durante el proceso de alta.
 - 3. Si no se ingresa al paciente, la notificación se proporcionará cuando el paciente se retire del centro.
 - 4. Si el paciente se retira del centro sin recibir la notificación, ARMC se la enviará por correo dentro de las 72 horas siguientes a la prestación de los servicios.
- C. La notificación de las políticas también se publicará de forma clara y notoria en lugares visibles para el público, incluidos, entre otros, los siguientes:
 - 1. Departamento de Atención de Emergencias
 - 2. Oficina de facturación/ventanilla de cobro

3. Centros de salud familiar/clínicas ambulatorias
4. Página web del hospital: <https://www.arrowheadregional.org/documents/Help-Paying-Your-Bill-v3.pdf>

PAGOS EN EXCESO

- A. ARMC reembolsará a un paciente cualquier importe que este pague efectivamente que exceda los importes adeudados en virtud de la Ley de Precios Justos de Hospitales, incluidos los intereses, y esta Política de atención de beneficencia. Los intereses se devengarán a la tasa establecida en la sección 685.010 del Código de Procedimiento Civil a partir de la fecha en que ARMC reciba el pago del paciente. Este reembolso se efectuará en un plazo de 30 días. Sin embargo, ARMC no tiene la obligación de reembolsar al paciente o pagar intereses si el importe adeudado es inferior a \$5.00 o si han pasado cinco años o más desde el último pago del paciente a ARMC o la RRD.
- B. El pago proveniente de un tercero no constituirá un pago en exceso, a menos que dicho pago supere los cargos facturados.

EDUCACIÓN Y FORMACIÓN

El siguiente personal de ARMC recibirá formación sobre las políticas de Atención de beneficencia y Pago con descuento de ARMC:

- A. Registro/admisión (incluidos los entrevistadores financieros)
- B. Representantes de pacientes
- C. Departamento de Cuentas de Pacientes/Facturación

REQUISITOS REGLAMENTARIOS

Al implementar esta política, ARMC deberá cumplir con todas las leyes, normas y reglamentaciones federales, estatales y locales que puedan aplicarse a las actividades realizadas de conformidad con esta política.

REFERENCIAS: **Código de Salud y Seguridad de California, secciones 127400-127446**
AB 1503: Estatutos de 2010, capítulo 445, sección 127450
AB 2297: Estatutos de 2024, capítulo 511
SB 1061: Estatutos de 2024, capítulo 520
SB 1276: Estatutos de 2014, capítulo 758

DEFINICIONES:

Atención de beneficencia. Los servicios de atención de la salud gratuitos se prestan sin expectativa de pago a las personas que cumplen los requisitos del hospital para recibir atención de beneficencia conforme a esta política. La atención de beneficencia puede incluir coseguros, deducibles, parte de los costos y saldos pendientes de pago por servicios de atención de la salud adeudados si el paciente satisface los criterios de cumplimiento de los requisitos del hospital. La atención de beneficencia no incluye las deudas incobrables, definidas como cargos incobrables que el hospital registró como ingresos pero que canceló por falta de pago por parte del paciente.

Política de pago con descuento. Se refiere a la Política y procedimiento de pago con descuento para pacientes de ARMC nro. 110.29.

Servicios que reúnen los requisitos. Todos los servicios de atención médica de emergencia o servicios de atención hospitalaria y profesional que no sean de emergencia y que sean médicamente necesarios prestados en centros operados por ARMC, incluidas sus clínicas. Los servicios que reúnen los requisitos también pueden incluir la atención médicamente necesaria prestada a pacientes en los que el paciente sería responsable de los cargos, como los cargos por días que superen un límite de duración de la estadía o en circunstancias en las que se hayan agotado las prestaciones del paciente. Los servicios que reúnen los requisitos también incluyen los servicios proporcionados a pacientes como parte de cualquier programa federal, estatal o local de atención a indigentes.

Familia. La familia incluye lo siguiente:

- A. Para mayores de 18 años: cónyuge, pareja de hecho, hijos a cargo menores de 21 años o de cualquier edad si son discapacitados, vivan o no en el domicilio.
- B. Para los menores de 18 años o para un hijo a cargo de 18 a 20 años, ambos inclusive: el progenitor, los familiares de la persona responsable y los demás hijos a cargo de los familiares del progenitor o la persona responsable que tengan menos de 21 años (o de cualquier edad si son discapacitados).

Nivel federal de pobreza (FPL). El FPL se define por las directrices de pobreza actualizadas periódicamente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS) en el Registro Federal en virtud de la autoridad establecida en la subsección (2) de la sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos.

Asistencia financiera. Una reducción total o parcial de los cargos por servicios de emergencia o servicios médicamente necesarios prestados a pacientes que cumplen los requisitos para los programas de Atención de Beneficencia o Pago con Descuento.

Costos médicos elevados. Significa cualquiera de los siguientes:

- A. Gastos anuales de bolsillo que debe pagar el paciente en ARMC y que superan el 10 % del ingreso familiar actual del paciente o el ingreso familiar en los 12 meses anteriores, lo que sea menor. El 10 % de los ingresos familiares actuales del paciente o de los ingresos familiares de los 12 meses anteriores, lo que sea menor.
- B. Gastos anuales de bolsillo que superan el 10 % del ingreso familiar del paciente, si este proporciona documentación de sus gastos médicos pagados por él o su familia en los 12 meses anteriores.

Servicios médicamente necesarios. Según la definición del artículo 14059.5 del Código de Bienestar e Instituciones de California, un servicio es médicamente necesario cuando es razonable y necesario para proteger la vida, prevenir una enfermedad o una discapacidad importante, o aliviar un dolor intenso.

Gastos de bolsillo. Se refiere a cualquier gasto por atención médica que no sea reembolsado por el seguro o por un programa de cobertura de salud, como los copagos, los coseguros y los deducibles de Medicare o la parte de los costos de Medi-Cal.

Recibos de sueldo o declaraciones de impuestos sobre la renta recientes. Las declaraciones de impuestos sobre la renta recientes son declaraciones de impuestos sobre la renta que documentan los ingresos del año en que se emitió una factura por

primera vez al paciente o de los 12 meses anteriores a la fecha en que se le emitió una factura por primera vez. Los recibos de sueldo recientes son los recibos de sueldo que corresponden al período de 6 meses anteriores o posteriores a la fecha en que el hospital emitió por primera vez una factura al paciente o, en caso de que se trate de servicios previos, a la fecha de presentación de la solicitud.

Parte de los costos. Se refiere a la parte de los costos por atención médica que es responsabilidad del paciente en virtud del programa Medi-Cal/Medicaid.

Seguro insuficiente. Se refiere a un paciente que tiene seguro o cobertura de terceros, incluidos Medi-Cal y Medicare, pero que tiene gastos de bolsillo (por ejemplo, saldos de pago a cargo del paciente asociados con planes de deducible o gastos de bolsillo altos o de prestaciones limitadas) que superan la capacidad de pago declarada por el paciente. También se refiere a un paciente que tiene un seguro activo con períodos no elegibles.

No asegurado. Un paciente que no tiene seguro ni cobertura de terceros que lo ayude a cumplir con sus obligaciones de pago de los servicios de atención médica.

ANEXOS: **Anexo A: Solicitud de asistencia financiera**
 Anexo B: Determinación del cumplimiento de los requisitos para recibir
 asistencia financiera

FECHA DE APROBACIÓN:	13/12/2024	Kim Hirotsu, responsable del ciclo de ingresos
		Administrador, hospital o comité médico correspondiente
	13/12/2024	Comité de Seguridad y Calidad del Paciente
		Administrador, hospital o comité médico correspondiente
		Junta de Supervisores
		Aprobado por el órgano rector

REEMPLAZA A: **Política administrativa nro. 110.28, versión 10**

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: **24/08/2006, 01/01/2025**

MODIFICADA: **30/10/2006, 05/02/2007, 12/10/2007, 13/08/2010, 03/01/2012, 16/01/2013, 02/01/2014, 01/01/2015, 20/08/2015, 01/07/2016, 13/12/24**

REVISADA: **01/01/2019**

RETIRADA: **28/09/2020**