



Ayuda económica

Número de política y procedimiento	24817
Manual de políticas	Administrativo
Tipo	Política y procedimiento
Propietario del documento	Silva, Natalie
Fecha de entrada en vigor	12/16/2024
Próxima fecha de revisión	12/16/2027
Ámbito de aplicación (se aplica a)	Todas las entidades de los Centros Médicos Comunitarios (CMC)
Aprobado por/fecha de aprobación	Christopher Neuman, SVP y director financiero: 12/05/2024 01:46 p. m. PST Craig Wagoner, EVP y director de Operaciones: 12/06/2024 06:54 a. m. PST Craig S. Castro, presidente y director ejecutivo: 12/16/2024 02:33 p. m. PST Finanzas y Planificación (A): 12/16/2024 02:56 p. m. PST
Estado/n.º de rev.	Oficial (Rev. 5)
Presentado por	Burnett, Brandon M

I. OBJETIVO

- A. Definir las formas de ayuda económica a disposición de los pacientes.
- B. Describir los criterios de elegibilidad para cada forma de ayuda económica.
- C. Establecer el procedimiento que deben seguir los pacientes para solicitar ayuda económica.
- D. Establecer el proceso que seguirán los Centros Médicos Comunitarios (Community Medical Centers, CMC) para la revisión de las solicitudes de ayuda económica.
- E. Dar un medio de revisión en caso de disputas sobre la determinación de una ayuda económica.
- F. Dar directrices administrativas y contables que ayuden a identificar, clasificar e informar sobre la ayuda económica.
- G. Establecer el proceso que deben seguir los pacientes para solicitar un cálculo de su responsabilidad económica por los servicios, y el proceso que seguirá el CMC para darles a los pacientes estos cálculos.

II. DEFINICIONES

- A. Ayuda económica: Atención de beneficencia completa, atención de beneficencia parcial, atención de beneficencia por costos médicos elevados, atención de beneficencia para personas en quiebra y descuentos para pacientes no asegurados, como se definen abajo. En esta política se establecen las directrices para determinar cuándo debe darse la ayuda económica a los pacientes.
- B. Centros hospitalarios autorizados por los Centros Médicos Comunitarios: Community Regional Medical Center, incluyendo su centro remoto de Fresno Heart & Surgical Hospital y Clovis Community Medical Center.
- C. Paciente: Una persona que recibió servicios en el CMC.
- D. Pacientes no asegurados: Un paciente que no tiene una fuente de pago de terceros para ninguna parte de sus gastos médicos, incluyendo, entre otros, seguros comerciales o de otro tipo, programas de beneficios de atención médica patrocinados por el gobierno o seguro de responsabilidad de terceros. Los pacientes a los que se les agotaron los beneficios del seguro antes del ingreso también se considerarán como no asegurados a los efectos de esta política.
- E. Pacientes asegurados: Un paciente que tiene una fuente de pago de terceros que paga una parte de sus gastos médicos.

- F. Servicios cubiertos: Los servicios cubiertos por la atención de beneficencia completa, la atención de beneficencia por costos médicos elevados, la atención de beneficencia para personas en quiebra y los descuentos para pacientes no asegurados incluyen todos los servicios para pacientes hospitalizados, la atención de emergencia y otras atenciones médicamente necesarias prestadas por el CMC.
- G. Servicios cubiertos (atención de beneficencia parcial): Los servicios cubiertos para los pacientes de atención de beneficencia parcial incluyen todos los servicios hospitalarios.
- H. Atención de beneficencia completa: La atención de beneficencia completa es gratis, lo que significa que se trata de una cancelación total de los costos no descontados de los CMC por los servicios cubiertos. La atención de beneficencia completa está disponible para los pacientes:
 - 1. que no estén asegurados, como se define arriba; y
 - 2. que tengan ingresos familiares iguales o inferiores al 400 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL) más reciente; o
 - 3. que sean capaces de dar una prueba de elegibilidad y la inscripción actual en una forma aceptable para el CMC en uno de los siguientes programas del gobierno: Programa de Ahorro de Medicare, CalWORKS, CalFresh (cupones de comida), SSI/SSP o WIC.
- I. Atención de beneficencia parcial: La atención de beneficencia parcial es una cancelación parcial de los costos no descontados de los CMC por los servicios cubiertos disponibles para los pacientes:
 - 1. que tienen un ingreso familiar de entre el 401-450 % del FPL; y
 - 2. que no estén asegurados, como se define arriba.
 - 3. Para la atención de beneficencia parcial, los CMC limitarán los pagos esperados por servicios de hospitalización al Grupo Relacionado con el Diagnóstico (DRG) de hospitalización de Medicare para los servicios cubiertos prestados (o la tarifa más alta que los CMC esperarían que un programa del gobierno pagara de buena fe, en el que participen los CMC), o para servicios en los que no exista un DRG de Medicare establecido, una cantidad con descuento apropiada, siempre que los servicios no estén ya descontados.
 - 4. Para la atención de beneficencia parcial por servicios ambulatorios, el CMC limitará los pagos previstos al listado de tarifas de Medicare o, cuando no exista un listado de tarifas de Medicare, a los gastos no descontados del CMC multiplicados por la relación entre gastos de Medicare y gastos de los CMC para servicios ambulatorios.
- J. Atención de beneficencia para personas en quiebra: Los Centros Médicos Comunitarios permitirán que los pacientes no asegurados que se encuentren actualmente en proceso de quiebra o cuyas deudas hayan sido exoneradas por quiebra en los tres (3) meses de su última fecha de servicio, reciban una cancelación total de los cargos no descontados del CMC por los servicios cubiertos.
- K. Atención de beneficencia para costos médicos elevados para pacientes asegurados (“Atención de beneficencia por costos médicos elevados”): Una cancelación completa de la cantidad bajo la responsabilidad del paciente por los servicios cubiertos. Este descuento está disponible para los pacientes que cumplan los siguientes criterios:
 - 1. el paciente es un paciente asegurado;
 - 2. los ingresos familiares del paciente son inferiores al 400 % del FPL; y
 - 3. los gastos de bolsillo del paciente o de la familia del paciente por los servicios cubiertos (contraídos con el CMC o con otros proveedores en los últimos doce [12] meses) son superiores al 10 % del ingreso familiar del paciente o del ingreso familiar del paciente en los últimos doce (12) meses, el que sea menor. (“Costos médicos elevados”). Los gastos de bolsillo incluyen cualquier gasto por atención médica que no sea reembolsado por el seguro o un programa de cobertura médica, como los copagos de Medicare o los costos compartidos de Medi-Cal.
- L. Descuento para no asegurados: Una cancelación parcial de los costos no descontados a los pacientes que cumplan los siguientes criterios:
 - 1. el paciente es un paciente no asegurado;
 - 2. el paciente no ha negociado previamente una tarifa con el CMC por los servicios que definen la deuda actual;
 - 3. el paciente no tiene seguro médico de una aseguradora fuera de Estados Unidos; y
 - 4. el paciente no califica para otros tipos de atención de beneficencia descritos en esta política o el paciente no ha devuelto una solicitud de ayuda económica para otros tipos de atención de beneficencia descritos en esta política.

- M. Servicios denegados por Medicare: Los pacientes de Medicare que son elegibles por ingresos pueden solicitar ayuda económica para estancias denegadas, días de atención denegados y servicios no cubiertos.
- N. Servicios denegados por Medi-Cal: Los pacientes de Medi-Cal que sean elegibles por ingresos pueden solicitar ayuda económica para estancias denegadas, días de atención denegados y servicios no cubiertos. Los pacientes pueden recibir ayuda económica para su parte del costo de Medi-Cal.
- O. Médico de urgencias: Un médico que presta servicios médicos de urgencias en un hospital.
- P. Nivel Federal de Pobreza (FPL): La medida del nivel de ingresos que publica anualmente el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS) de los Estados Unidos, y es el que usa el CMC para determinar la elegibilidad para la ayuda económica.
- Q. Cantidad bajo la responsabilidad del paciente: La cantidad que un paciente asegurado tiene que pagar de su bolsillo después de que la cobertura de terceros del paciente haya determinado la cantidad de los beneficios que recibe el paciente.
- R. Familia del paciente: La familia del paciente se determinará de la siguiente manera:
 - 1. Pacientes adultos: Para los pacientes de 18 años o más, la familia del paciente incluye a su cónyuge, pareja de hecho e hijos dependientes menores de 21 años, o de cualquier edad si tienen alguna discapacidad (conforme a la Sección 1614(a) de la Parte A del Título XVI de la Ley del Seguro Social), que vivan o no en la casa.
 - 2. Pacientes menores: Para los pacientes menores de 18 años, o los hijos dependientes de entre 18 y 20 años, la familia del paciente incluye a sus padres, familiares que los cuiden y otros hijos dependientes de sus padres o familiares que los cuiden menores de 21 años, o de cualquier edad si tienen una discapacidad (conforme a la Sección 1614(a) de la Parte A del Título XVI de la Ley del Seguro Social).
- S. Resumen en lenguaje sencillo de la Política de ayuda económica: Es un comunicado por escrito para informar a un paciente que el CMC ofrece ayuda económica y que da la siguiente información adicional en un lenguaje claro, conciso y fácil de entender, incluyendo entre otros:
 - 1. una breve descripción de los requisitos de elegibilidad, en la que se informa al paciente sobre los ingresos brutos mensuales máximos por grupo familiar para poder calificar para la ayuda económica y una descripción de la ayuda ofrecida;
 - 2. un breve resumen sobre cómo solicitar ayuda;
 - 3. información de contacto, incluyendo el número de teléfono, el sitio web y el lugar físico del departamento del hospital donde se puede pedir información sobre la política del CMC y ayuda con el proceso de solicitud;
 - 4. la dirección de Internet de Health Consumer Alliance (<https://healthconsumer.org>);
 - 5. una explicación sobre las organizaciones que pueden ayudar al paciente a entender el proceso de facturación y pago;
 - 6. información sobre la presunta elegibilidad para Covered California y Medi-Cal; y
 - 7. la dirección de Internet de la lista de servicios que se pueden comprar del CMC, en virtud de 45 CFR § 180.60.
- T. Plan de pago razonable: Son los pagos mensuales que no superan el 10 % de los ingresos familiares mensuales de un paciente, sin incluir los descuentos por gastos básicos de subsistencia. Los “gastos básicos de subsistencia” representan, para esta subdivisión, los gastos de todo lo siguiente, según sea aplicable a las circunstancias personales del paciente: alquiler o pago y mantenimiento de la casa, comida y suministros para el grupo familiar, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y de servicios dentales, seguros, escuela o cuidado infantil, manutención de menores o cónyuge, gastos de transporte y automóvil (incluyendo seguro, gasolina y reparaciones), pagos en cuotas, lavandería y limpieza, disponibilidad de una cuenta de ahorros para la salud a nombre del paciente o de su familia, y otros gastos extraordinarios.
- U. Autor de daños: Una persona que comete un agravio, intencionadamente o por negligencia.
- V. Acciones de cobro extraordinarias: Cualquiera de las siguientes acciones para cobrar una deuda:
 - 1. Aplazar o denegar el servicio, o exigir un pago antes de prestar la atención médica necesaria, debido a la falta de pago por parte de una persona de una o varias facturas por servicios prestados anteriormente y cubiertos por la Política de ayuda económica del CMC.

2. Acciones que requieren un proceso legal o judicial, incluyendo, entre otras:
 - a. embargar o incautar la cuenta bancaria o cualquier otro bien personal de una persona;
 - b. iniciar una acción civil contra una persona;
 - c. hacer que se efectúe la detención de una persona;
 - d. hacer que una persona sea objeto de una orden judicial de embargo; y
 - e. embargar el salario de una persona.
- W. Paciente económicamente calificado: (También conocido como paciente elegible para la FAP en las normas y reglamentaciones del IRS): Un paciente que, según la Política de ayuda económica del CMC, cumple las dos siguientes condiciones:
 1. el paciente es un paciente no asegurado o un paciente con costos médicos elevados; y
 2. el paciente tiene unos ingresos familiares que no superan el 400 % del FPL.
- X. Aviso de derechos: Un aviso claro y preciso escrito por el CMC que incluye todos los artículos exigidos por el Código de salud y seguridad de California 127420(b)(1) -(5).

III. POLÍTICA

- A. Los Centros Médicos Comunitarios darán ayuda económica, de acuerdo con esta política, en forma de atención médica con descuento, a los pacientes que sean elegibles en virtud de los términos de esta política.
- B. Los Centros Médicos Comunitarios les darán a los pacientes una solicitud que les permita pedir ayuda económica si indican en cualquier momento que son económicamente incapaces de pagar una factura por servicios hospitalarios o si el CMC está al tanto de que los ingresos de su grupo familiar son inferiores al 400 % del FPL.
- C. Los Centros Médicos Comunitarios les darán a los pacientes de bajos ingresos y a los pacientes con costos médicos elevados la información requerida por la ley con respecto al cálculo de su responsabilidad económica por los servicios y la disponibilidad de ayuda económica y descuentos, según esta política.
- D. Los pacientes económicamente calificados que puedan probar su elegibilidad para recibir ayuda económica según esta política por medio de información sobre el estado del seguro y sus ingresos, recibirán la ayuda económica. Los pacientes económicamente calificados que no soliciten ayuda económica y que no estén asegurados pueden calificar para recibir atención de beneficencia completa según el examen demográfico hecho por el CMC.
- E. Esta política se aplica a todos los centros hospitalarios autorizados por el CMC. A menos que se especifique lo contrario, esta política no se aplica a los médicos u otros proveedores médicos cuyos servicios no están incluidos en la factura del CMC. En California, un médico de urgencias que preste servicios médicos de urgencia en un hospital está obligado a ofrecer descuentos a los pacientes no asegurados o a los pacientes con costos médicos elevados que se encuentren en o por debajo del 400 % del FPL.

IV. PROCEDIMIENTO

- A. Elegibilidad
 1. Criterios de elegibilidad: Durante el proceso de solicitud, el CMC aplicará los siguientes criterios de elegibilidad para la ayuda económica:

Categoría de la ayuda económica	Criterios de elegibilidad de los pacientes	Descuento disponible
Atención de beneficencia completa	a. el paciente es un paciente no asegurado; y	La cancelación completa de los costos no descontados del CMC por los servicios cubiertos.

	<ul style="list-style-type: none"> b. el paciente tiene unos ingresos familiares iguales o inferiores al 400 % del FPL más reciente; o c. el paciente puede dar pruebas de elegibilidad y la inscripción actual en una forma aceptable para el CMC en uno de los siguientes programas del gobierno: Programa de Ahorro de Medicare, CalWORKS, CalFresh (cupones de comida), SSI/SSP o WIC. 	
Atención de beneficencia parcial	<ul style="list-style-type: none"> a. el paciente es un paciente no asegurado; y b. el paciente tiene unos ingresos familiares de entre el 401 % y el 450 % del FPL más reciente. 	<p>La cancelación parcial de los costos no descontados del CMC por los servicios cubiertos. Para servicios de pacientes hospitalizados: El CMC limitará los pagos esperados por servicios de hospitalización al Grupo Relacionado con el Diagnóstico (DRG) de hospitalización de Medicare para los servicios cubiertos prestados (o la tarifa más alta que el CMC esperaría que un programa del gobierno pagara de buena fe, en el que participe el CMC), o para servicios en los que no exista un DRG de Medicare establecido, una cantidad con descuento apropiada, siempre que los servicios no estén ya descontados. Para los servicios ambulatorios, el CMC limitará los pagos previstos al listado de tarifas de Medicare o, cuando no exista un listado de tarifas de Medicare, a los gastos no descontados del CMC multiplicados por la relación entre gastos de Medicare y gastos del</p>

		CMC para servicios ambulatorios.
Atención de beneficencia por costos médicos elevados (para pacientes asegurados)	<ul style="list-style-type: none"> a. el paciente es un paciente asegurado; b. los ingresos familiares del paciente son iguales o inferiores al 400 % del FPL más reciente; c. los gastos de bolsillo del paciente o de la familia del paciente (contraídos con el CMC o con otros proveedores en los últimos doce [12] meses) son superiores al 10 % del ingreso familiar actual del paciente o del ingreso familiar del paciente en los últimos (12) meses, el que sea menor. Los gastos de bolsillo incluyen cualquier gasto por atención médica que no sea reembolsado por el seguro o un programa de cobertura médica, como los copagos de Medicare o los costos compartidos de Medi-Cal. 	La cancelación completa de los costos bajo la responsabilidad del paciente por los servicios cubiertos.
Atención de beneficencia para personas en quiebra	<ul style="list-style-type: none"> a. el paciente es un paciente no asegurado; y b. el paciente está en una situación de quiebra o se declaró 	La cancelación completa de los costos no descontados del CMC por los servicios cubiertos.

	<p>en quiebra en los últimos tres (3) meses de su última fecha de servicio en el CMC.</p>	
<p>Descuento para no asegurados</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. el paciente es un paciente no asegurado; y b. el paciente no ha negociado previamente una tasa con el CMC por los servicios que definen la deuda actual; y c. el paciente no tiene seguro médico de una aseguradora fuera de Estados Unidos; y d. el paciente no califica para recibir otros tipos de atención de beneficencia contemplados en esta política; o e. el paciente no ha devuelto una solicitud de ayuda económica para otros tipos de atención de beneficencia descritos en esta política. 	<p>La cancelación del 35 % de los costos no descontados del CMC por los servicios cubiertos.</p>

- B. Cálculo de los ingresos familiares del paciente: Para determinar la elegibilidad del paciente para recibir ayuda económica, el CMC debe calcular primero los ingresos familiares del paciente de la siguiente manera:
1. El ingreso familiar del paciente es el salario anual de los familiares del paciente, tal como se define arriba en la Sección II.R., correspondiente a los últimos doce (12) meses o al año fiscal anterior, según se muestra en los recibos de pago recientes o declaraciones de impuestos sobre la renta, menos los pagos hechos por manutención y manutención de niños. Los activos monetarios no se tendrán en cuenta a la hora de determinar los ingresos familiares. Los ingresos anuales pueden determinarse haciendo un cálculo anual de los ingresos familiares acumulados hasta la fecha.
 - a. Cálculo de los ingresos familiares para los pacientes fallecidos: Los pacientes fallecidos sin cónyuge superviviente se considerarán como personas sin ingresos para el cálculo del ingreso familiar del paciente. No se exige documentación sobre los ingresos de los pacientes fallecidos; aunque puede exigirse documentación sobre los bienes hereditarios. El cónyuge superviviente de un paciente fallecido puede solicitar ayuda económica.
 - b. El cálculo del ingreso familiar actual del paciente y la determinación de los costos médicos elevados, como se define arriba en la Sección II. K., en ciertas situaciones se puede basar en un periodo de tres (3) meses para determinar el ingreso familiar al día del paciente.
 2. Cálculo de los ingresos familiares del paciente como porcentaje del FPL: Después de determinar el ingreso familiar del paciente, el CMC calculará el nivel de ingreso familiar del paciente en comparación con el FPL como un porcentaje del FPL. Por ejemplo, si el FPL para una familia de tres es de \$20,000 y el ingreso familiar de un paciente es de \$60,000, el CMC calculará el ingreso familiar del paciente como el 300 % del FPL. Este cálculo se usará para determinar si un paciente cumple los criterios para recibir ayuda económica.
 3. Cálculo del ingreso familiar para determinar la presunta elegibilidad para la ayuda económica: En caso de que un paciente no asegurado no solicite o no envíe una solicitud de ayuda económica completada, en no menos de 150 días después de darle al paciente una facturación posterior al alta, el CMC podría evaluar al paciente para determinar su presunta elegibilidad para recibir ayuda económica, usando un software demográfico de un proveedor de servicios externo. Si el software demográfico indica que el paciente probablemente califica para Atención de beneficencia completa, el CMC le dará al paciente una cancelación completa de los cargos no descontados del CMC por servicios cubiertos.
 4. Prueba de los ingresos familiares: A los pacientes solamente se les exigirá que presenten recibos de pago o declaraciones de impuestos recientes como prueba de ingresos (excepto para la inscripción en programas del gobierno, según en esta política).
- C. Exclusiones/descalificaciones de la ayuda económica: A continuación se indican las circunstancias en las que no se ofrecerá ayuda económica en virtud de esta política:
1. Pacientes de Medi-Cal con participación en los gastos: Los pacientes de Medi-Cal responsables del pago de una parte de los costos pueden ser elegibles para solicitar ayuda económica para reducir la cantidad de la parte de los costos que deben. Los Centros Médicos Comunitarios intentarán cobrar estas cantidades a los pacientes.
 2. El paciente asegurado no coopera con el tercero responsable de pagar: Un paciente que está asegurado por un tercero responsable de pagar y que se niega a pagar los servicios porque el paciente no le dio al tercero la información necesaria para determinar la responsabilidad del tercero, no es elegible para recibir ayuda económica a menos que el paciente asegurado muestre una buena causa para el incumplimiento en cualquier momento incluyendo la participación en una acción de cobro extraordinaria.
 3. El pagador paga directamente al paciente: Si un paciente recibe el pago de los servicios directamente de un pagador de indemnizaciones, de un Suplemento de Medicare o de otro pagador, el paciente no será elegible para la ayuda económica por los importes pagados por dicho pagador.
 4. Falsificación de información: Los Centros Médicos Comunitarios pueden negarse a dar ayuda económica a pacientes que falsifiquen información sobre ingresos, tamaño del grupo familiar u otra información en su solicitud de elegibilidad.
 5. Recuperaciones de terceros: Si el paciente recibe un acuerdo económico o una sentencia de un tercero causante de daños que causó la lesión del paciente, el paciente debe usar la

cantidad que se establece en el acuerdo o sentencia para pagar cualquier saldo de la cuenta del paciente, y no es elegible para la ayuda económica.

6. Servicios profesionales (médicos): Los servicios de médicos como anestesistas, radiólogos, de atención hospitalaria, patólogos, etc., no están cubiertos por esta política, aunque la deuda médica con dichos proveedores se incluirá en el cálculo de los gastos médicos elevados. Muchos médicos tienen políticas de atención de beneficencia que permiten a los pacientes solicitar atención gratis o con descuento. Los pacientes deben recibir información sobre la política de atención de beneficencia directamente de su médico.

D. Proceso para enviar una solicitud

1. Los Centros Médicos Comunitarios le darán al paciente el resumen en lenguaje sencillo de la Política de ayuda económica y la solicitud de ayuda económica cuando el paciente entregue el cálculo de buena fe antes de los servicios.
2. Los Centros Médicos Comunitarios harán todos los esfuerzos razonables para recibir información de los pacientes o sus representantes acerca de si el seguro médico privado o público puede cubrir total o parcialmente los costos por los servicios prestados por el CMC al paciente. Si el CMC le factura a un paciente que no ha dado prueba de cobertura de un tercero en el momento de la atención o al alta, como parte de esa facturación, el CMC le dará al paciente un Aviso de derechos.
3. El paciente que indique en cualquier momento, incluyendo hasta la remisión a acciones de cobro extraordinarias, que es económicamente incapaz de pagar una factura por servicios hospitalarios, debe recibir sin demora la oportunidad de que el Departamento de Servicios Económicos para Pacientes (Patient Financial Services Department) del CMC evalúe su elegibilidad para recibir la ayuda económica. Los Centros Médicos Comunitarios intentarán comunicarse con el paciente por correo postal y por teléfono para intentar determinar si los ingresos familiares del paciente son inferiores al 400 % del FPL. Si el paciente indica que los ingresos del grupo familiar son inferiores al 400 % del FPL, el CMC informará al paciente de la disponibilidad y la potencial elegibilidad para recibir ayuda económica y le dará de inmediato una solicitud.
4. Para calificar como paciente no asegurado, el paciente o el garante del paciente debe verificar que no tiene derecho a ningún beneficio de seguro o programa del gobierno que cubra o descuenta la factura.
5. Se animará a todos los pacientes a que investiguen si pueden recibir ayuda de programas del gobierno si aún no lo han hecho. Los Centros Médicos Comunitarios o sus representantes autorizados le darán al paciente una solicitud para el programa Medi-Cal u otros programas manejados por el gobierno si el paciente indica que no tiene cobertura de un tercero responsable de pagar o solicita ayuda económica. Los Centros Médicos Comunitarios también intentarán ayudar a los pacientes a determinar si son elegibles para inscribirse en los planes del Intercambio de Beneficios de Salud de California (es decir, Covered California). Sin embargo, no es necesario inscribirse en ninguno de estos programas para solicitar o recibir ayuda económica.
6. Se exige a los pacientes que hagan todos los esfuerzos razonables para dar al CMC documentación sobre sus ingresos y beneficios de cobertura de atención médica. A los pacientes que estén asegurados pero que no le dieron al CMC la información necesaria sobre el seguro o los ingresos se les podrá denegar la ayuda económica.
7. Los pacientes que quieran solicitar ayuda económica deberán usar el formulario de solicitud estándar del CMC "Solicitud de ayuda económica".
8. Los pacientes pueden solicitar ayuda para completar la Solicitud de ayuda económica en persona en el Departamento de Admisiones (Admitting Department) de cualquier centro hospitalario autorizado por el CMC o por teléfono, llamando a Servicios Económicos para Pacientes al (559) 459-3939.
9. Las copias de la Solicitud de ayuda económica también se pueden encontrar visitando el Departamento de Admisiones de cualquier hospital del CMC, por correo postal o por el sitio web del CMC, (<https://www.communitymedical.org/for-patients-families/billing-insurance/help-paying-your-bill>).
10. Los pacientes deben rellenar la Solicitud de ayuda económica tan pronto como sea posible después de recibir tratamiento en el CMC. Las solicitudes recibidas en cualquier momento se tendrán en cuenta para su aceptación.

11. Los pacientes deben enviar por correo postal las solicitudes de ayuda económica a:
Community Medical Centers, Patient Financial Services Department, P.O. Box 1232,
Fresno, CA 93715, Attn: Financial Assistance Application.

E. Determinación de la ayuda económica

1. Los Centros Médicos Comunitarios tendrán en cuenta cada solicitud de ayuda económica y darán la ayuda económica cuando el paciente cumpla con los criterios de elegibilidad establecidos en esta política.
2. La información relacionada con ingresos obtenida como parte del proceso de elegibilidad se mantendrá separada de los documentos usados para cobrar la deuda y no será usada para actividades de cobro ni por el CMC ni por ninguna agencia de cobros contratada por el CMC, a menos que sea recibida independientemente por el CMC o la agencia de cobros.
3. Los Centros Médicos Comunitarios no tomarán determinaciones de ayuda económica basadas en información que el CMC y cualquier agencia de cobros que actúe en su nombre tengan razones para creer que no es confiable, que es incorrecta o que fue obtenida del paciente bajo coacción o mediante el uso de prácticas coercitivas.
4. Si un paciente solicita o tiene una solicitud pendiente de otro programa de cobertura de salud cuando solicita la ayuda económica, la solicitud de cobertura en virtud de otro programa de cobertura de salud no impedirá que el paciente pueda optar a la ayuda económica.
5. Las solicitudes de ayuda económica deben revisarse lo antes posible. Los Centros Médicos Comunitarios completarán su determinación de elegibilidad en un plazo de 45 días a partir de la recepción de la solicitud. Se pospondrá la determinación mientras el seguro u otras fuentes de pago estén aún pendientes.
6. Una vez que se haya determinado la aprobación de la ayuda económica, se enviará un aviso a cada solicitante informándoles de la decisión del CMC.
7. Si un paciente tiene la aprobación para recibir ayuda económica en virtud de esta política, el CMC y cualquier agencia de cobros que actúe en su nombre tomarán todas las medidas razonablemente disponibles para revertir cualquier acción de cobro extraordinaria contra la persona, incluyendo, entre otras, la anulación de cualquier sentencia, el levantamiento de cualquier embargo o gravamen sobre la propiedad del paciente y la eliminación de cualquier información desfavorable que haya sido informada a cualquier agencia de información del consumidor del informe crediticio de la persona antes del 1 de enero de 2025, después de lo cual no se hará ningún informe a las agencias de información del consumidor.
8. Si se aprueba la ayuda económica para un paciente en virtud de esta política, pero después del proceso inicial de solicitud y aprobación se determina que el paciente no es elegible debido a un tercero responsable de pagar, los cargos se restablecerán y el CMC buscará al tercero pagador para obtener el pago en la cuenta del paciente. Si posteriormente se determina que el tercero responsable de pagar no es responsable del pago de los cargos del paciente, se restablecerá la elegibilidad del paciente sin necesidad de una nueva Solicitud de ayuda económica.
9. Una vez que se establece la elegibilidad de un paciente para recibir ayuda económica, se presume que el paciente es elegible para recibir ayuda económica que cubra todas las facturas pendientes por servicios cubiertos a partir de la fecha en que el CMC emite el Formulario de aviso al paciente y los servicios cubiertos por un periodo de seis (6) meses posteriores a esa fecha. Después de finalizado este periodo de seis meses, los pacientes deben volver a solicitar la ayuda económica.
10. Si la determinación de ayuda económica crea un saldo a favor del paciente, la devolución del saldo se hará en los treinta (30) días a partir de la fecha de pago del paciente y deberá incluir intereses sobre la cantidad del sobrepago o a partir de la fecha de pago del paciente a la tarifa reglamentaria (actualmente del 10 % anual) según la Sección 127440 del Código de salud y seguridad. No se exigirán reembolsos en virtud de esta sección si: (a) han transcurrido cinco años o más desde el último pago del paciente al CMC o (b) la deuda se vendió antes del 1 de enero de 2022.
11. Si se aprueba la elegibilidad de un paciente para una atención de beneficencia parcial, el CMC dará al paciente un estado de cuenta que indique la cantidad que el paciente debe y cómo se determinó esa cantidad.

12. Planes de pago razonables: Los pacientes económicamente calificados que no puedan optar a una atención de beneficencia completa serán elegibles para solicitar un Plan de pago razonable. Los Centros Médicos Comunitarios y el paciente negociarán los términos del plan, teniendo en cuenta los ingresos familiares del paciente y los gastos básicos de subsistencia. Si el CMC y el paciente no pueden llegar a un acuerdo sobre el Plan de pago razonable, el CMC usará la fórmula descrita en la Sección II. T de esta política para crear un Plan de pago razonable. Se ofrecerán y negociarán planes de pago según la Política de facturación y cobros del CMC.

F. Disputas

1. Un paciente puede solicitar la revisión de cualquier decisión del CMC de denegar la ayuda económica informando a los Servicios Económicos para Pacientes el argumento de la disputa y la reparación esperada en los treinta (30) días siguientes a la recepción del aviso sobre las circunstancias que dieron lugar a la disputa del paciente. Los pacientes pueden presentar la disputa verbalmente llamando a Servicios Económicos para Pacientes al (559) 459-3939, o por correo postal enviando la información de arriba a Community Medical Centers, Patient Financial Services Department, P.O. Box. 1232, Fresno, CA 93715. Un administrador designado de los Servicios Económicos para Pacientes revisará la disputa del paciente tan pronto como sea posible y le informará de cualquier decisión por escrito.

G. Disponibilidad de información sobre ayuda económica

1. Idiomas: Esta política estará disponible en el idioma o idiomas principales del Área de servicio del CMC. Además, todos los avisos y comunicaciones exigidas por todas las leyes y reglamentaciones federales y estatales relativas a la ayuda económica estarán disponibles y se distribuirán en las lenguas principales del Área de servicio del CMC y de forma coherente con todas las leyes y normativas federales y estatales aplicables. Cuando el CMC tenga motivos para saber que el idioma principal de un paciente no es el inglés, todos los avisos/comunicaciones que se le den al paciente y la correspondencia escrita que se envíe al paciente se harán en el idioma que hable el paciente, siempre que sea uno de los idiomas principales del Área de servicio del CMC. Para esta política, un idioma principal del Área de servicio del CMC es un idioma usado por 1,000 personas o el 5 % de la comunidad atendida por el CMC, o la población probablemente que se vea afectada o sea atendida por el CMC, el que sea menor. Los Centros Médicos Comunitarios pueden determinar el porcentaje o el número de personas con conocimientos limitados del inglés en la comunidad del CMC o que probablemente se vean afectadas o hayan sido encontradas por el CMC usando cualquier método razonable.
2. Información dada a los pacientes durante la prestación de servicios hospitalarios:
 - a. Los Centros Médicos Comunitarios o un representante autorizado del CMC les darán a todos los pacientes una copia de un resumen en lenguaje sencillo de la Política de ayuda económica que informe al paciente del ingreso bruto mensual máximo por tamaño de grupo familiar para calificar para la ayuda económica de la siguiente manera:
 - i. En la inscripción: Durante el registro (o tan pronto como sea posible).
 - ii. Servicios de emergencia: En el caso de los servicios de emergencia, tan pronto como sea posible después de la estabilización de la condición médica de urgencia del paciente o después del alta.
 - iii. Servicios ambulatorios: En la cita ambulatoria antes de la intervención.
 - iv. En el momento de recibir el alta: En el momento del alta, cuando el CMC o un representante autorizado del CMC también les dará u ofrecerá darles a todos los pacientes no asegurados solicitudes para Medi-Cal, California Children's Services o cualquier otro programa del gobierno potencialmente aplicable.
 - v. Los pacientes conscientes recibirán el resumen en lenguaje sencillo de los avisos hechos de conformidad con la Sección IV.G.2.A.2 y A.3. Si el paciente está inconsciente o no es capaz de recibir el resumen en lenguaje sencillo, entonces el resumen debe ser entregado en el momento del alta.
 - vi. Los pacientes no ingresados en el CMC, recibirán el resumen en lenguaje sencillo cuando el paciente abandone el centro.

- vii. Si un paciente abandona el CMC sin recibir el resumen en lenguaje sencillo, el CMC enviará por correo postal el aviso al paciente en las setenta y dos (72) horas posteriores a la prestación de los servicios.
 - b. Los Centros Médicos Comunitarios le darán a cada paciente no asegurado un cálculo por escrito de la cantidad que el CMC exigirá que la persona pague, según la Sección 1339.585 del Código de salud y seguridad de California. El resumen en lenguaje sencillo de la Política de ayuda económica y una Solicitud de ayuda económica acompañarán al cálculo escrito según lo exigido por la Sección 1339.585 del Código de salud y seguridad de California.
- 3. Información dada a los pacientes en otros momentos:
 - a. Información de contacto: Los pacientes pueden comunicarse con el Departamento de Servicios Económicos para Pacientes (Patient Financial Services Department) del CMC por teléfono llamando al (559) 459-3939 o en persona en los lugares indicados en el documento Ayuda económica - Lugares, para obtener información adicional sobre la ayuda económica y recibir ayuda con el proceso de solicitud.
 - b. Resumen de facturación: Los Centros Médicos Comunitarios emitirán facturas a los pacientes según la Política de facturación y cobros del CMC. Los resúmenes de facturación a los pacientes incluirán una notificación de derechos. También se incluirá un resumen de los derechos legales del paciente en el resumen de facturación final del paciente antes de iniciar acciones de cobro extraordinarias.
 - c. Con solicitud previa: Los Centros Médicos Comunitarios les darán a los pacientes copias impresas de la Política de ayuda económica, la Solicitud de ayuda económica y el resumen en lenguaje sencillo de la Política de ayuda económica, previa solicitud y gratis.
- 4. Publicidad de la información sobre la ayuda económica:
 - a. Los Centros Médicos Comunitarios difundirán ampliamente la Política de ayuda económica de una manera razonablemente calculada para llegar, avisar e informar a los pacientes de nuestras comunidades que tengan más probabilidades de requerir ayuda económica, incluyendo como mínimo las siguientes formas:
 - i. Exposiciones públicas: Los Centros Médicos Comunitarios colocarán de forma clara y visible carteles públicos (u otras medidas razonablemente calculadas para atraer la atención de los pacientes) que informen a los pacientes sobre esta política en lugares públicos del CMC, incluyendo, como mínimo, el departamento de urgencias, la oficina de facturación, la oficina de admisiones y los entornos ambulatorios, incluyendo las unidades de observación. Se publicarán en inglés, español y hmong.
 - ii. Sitio web: La Política de ayuda económica, la Solicitud de ayuda económica y el resumen en lenguaje sencillo de la Política de ayuda económica estarán disponibles en la página principal y en la página principal de facturación, y en otros lugares importantes del sitio web del CMC, (<https://www.communitymedical.org/for-patients-families/billing-insurance/help-paying-your-bill>). Las personas que soliciten información sobre la ayuda económica no estarán obligadas a crear una cuenta ni a dar ningún dato personal antes de recibir información sobre la ayuda económica.
 - iii. Correo postal: Los pacientes pueden solicitar que se les envíe por correo postal una copia gratis de la Política de ayuda económica, la Solicitud de ayuda económica y el resumen en lenguaje sencillo de la Política de ayuda económica.

- iv. Otros esfuerzos: Los Centros Médicos Comunitarios les darán un kit digital a las organizaciones comunitarias que correspondan, para publicitar la disponibilidad de esta política entre los pacientes afectados de la comunidad.

H. Varios

1. Mantenimiento de registros: Los registros relativos a la ayuda económica deben ser fácilmente accesibles. Los Centros Médicos Comunitarios deben mantener información relacionada con al número de pacientes no asegurados que han recibido servicios del CMC, el número de Solicitudes de ayuda económica completadas, el número aprobado, el valor calculado en dólares de los beneficios prestados, el número de solicitudes denegadas y los motivos de la denegación. Además, las notas relacionadas con la aprobación o denegación de la ayuda económica a un paciente deben estar ingresadas en la cuenta del paciente.
 2. Facturación y cobros: Los Centros Médicos Comunitarios pueden hacer esfuerzos razonables de cobro para recibir el pago de los pacientes. La información recibida durante el proceso de solicitud de ayuda económica no podrá ser usada en el proceso de cobro, ni por el CMC, ni por ninguna agencia de cobros contratada por el CMC. Las actividades generales de cobro pueden incluir la emisión de declaraciones del paciente, llamadas telefónicas y remisión de declaraciones que hayan sido enviadas al paciente o garante. Las filiales y los departamentos del Ciclo de Ingresos deben mantener procedimientos para garantizar que las preguntas y quejas de los pacientes sobre las facturas se investiguen y corrijan cuando sea necesario, con un seguimiento oportuno del paciente. Ni el CMC, ni ninguna agencia de cobros contratada por el CMC, iniciarán acciones extraordinarias de cobro, salvo lo permitido por la Política de facturación y cobros del CMC. Las copias de la Política de facturación y cobros del CMC pueden pedirse sin costo alguno mediante una solicitud por escrito o en el sitio web de los CMC, (<https://www.communitymedical.org/for-patients-families/billing-insurance/help-paying-your-bill>). Se pueden solicitar traducciones de la Política de ayuda económica y de la Política de facturación y cobros.
 3. Presentación al Departamento de Acceso e Información de Atención Médica de California (Department of Health Care Access and Information, HCAI): Los Centros Médicos Comunitarios presentarán esta Política de ayuda económica y la Política de facturación y cobros al HCAI (anteriormente, la Oficina de Planificación Estatal y Desarrollo de Atención Médica [OSHPD]) cada dos años y cada vez que se actualice esta política o la Política de facturación y cobros. Las políticas pueden encontrarse en el sitio web del HCAI en: www.hdc.hcai.ca.gov.
- I. Cantidades generalmente facturadas
1. Según la Sección 1.501(r)(5) del Código de Impuestos Internos, el CMC adopta los métodos posibles de Medicare para las cantidades generalmente facturadas. Los pacientes que sean elegibles para recibir ayuda económica no son responsables económicamente de más cantidades que las generalmente facturadas.

V. REFERENCIAS

Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos

Código 26 de Reglamentaciones Federales 1.501(r)

Secciones 124700-127446 del Código de salud y seguridad de California

Referencias

Tipo de referencia	Título	Notas
Documentos a los que hace referencia este documento		
Documentos de referencia	https://healthconsumer.org	

Documentos de referencia	www.hdc.hcai.ca.gov
Documentos de referencia	https://www.communitymedical.org/for-patients-families/billing-insurance/help-paying-your-bill
Documentos de referencia	www.communitymedical.org
Documentos de referencia	Ayuda económica - Lista de proveedores
Documentos de referencia	Solicitud de ayuda económica
Documentos	Formulario de aviso
Documentos de referencia	Resumen de la Política de ayuda económica
Documentos de referencia	Aviso de derechos y resumen de la Política de ayuda económica
Documentos de referencia	Ayuda económica - Lugares
Documentos de referencia	Facturación y cobros