



Asistencia Financiera

H.	
Número de política y procedimiento	24817
Manual de la política	Administrativo
Tipo	Política y procedimiento
Titular del documento	Silva, Natalie
Fecha de vigencia	10/21/2016
Fecha de próxima revisión	10/21/2019
Alcance de aplicación (se aplica a)	CMC Acute Care Facilities
Aprobada por/Fecha de aprobación	CMC Legal Services (A): 08/12/2016 11:31AM PST Joe Nowicki, SVP Chief Financial Officer: 08/24/2016 08:39AM PST Patrick Rafferty, Corporate Chief Operations Officer: 08/29/2016 01:38PM PST Tim Joslin, CEO: 08/30/2016 09:55AM PST Finance and Planning (A): 10/21/2016 10:14AM PST
Estado / N.º de revisión	Oficial (Rev 0)
Enviada por	Earnhart, Michele

I. OBJETO

- A. Definir las formas de Asistencia Financiera disponibles para los pacientes.
- B. Describir los criterios de elegibilidad para cada forma de Asistencia Financiera.
- C. Establecer el procedimiento que los pacientes deben seguir para solicitar la Asistencia Financiera.
- D. Establecer el proceso que seguirá el hospital para revisar las solicitudes de Asistencia Financiera.
- E. Proporcionar un medio de revisión en caso de disputas respecto de las resoluciones relacionadas con la Asistencia Financiera.
- F. Proporcionar directrices administrativas y contables que asistan en la identificación, clasificación y presentación de informes relacionados con la Asistencia Financiera.
- G. Establecer el proceso que los pacientes deben seguir para solicitar una cotización de su responsabilidad financiera por los servicios, y el proceso que seguirá el hospital para proporcionarles estas cotizaciones a los pacientes.

II. DEFINICIONES

- A. **Asistencia Financiera:** El término Asistencia Financiera se refiere a la Atención Completamente Benéfica, la Atención Benéfica Parcial, la Atención Benéfica por Costos Médicos Elevados y la Atención Benéfica por Circunstancias Especiales. Esta política establece las directrices para determinar cuándo se debe brindar Asistencia Financiera a los pacientes.
- B. **Pacientes No Asegurados:** Un Paciente No Asegurado es un paciente que no cuenta con una fuente de pago para cualquier porción de sus gastos médicos, incluidos, sin limitarse a, seguros comerciales o de otro tipo, programas de beneficios de atención médica patrocinados por el gobierno o por responsabilidad de terceros, o cuyos beneficios de seguros hayan sido agotados antes de su admisión.
- C. **Pacientes Asegurados:** Un Paciente Asegurado es un paciente que cuenta con una fuente de pago de una tercera parte para una porción de sus gastos médicos.

- D. **Servicios Cubiertos**: Los Servicios Cubiertos por la Asistencia Completamente Benéfica, la Atención Benéfica Parcial, la Atención Benéfica por Costos Médicos Elevados y la Atención Benéfica por Circunstancias Especiales son la atención por emergencias y otra atención médicamente necesaria provistas por Community Medical Centers (CMC). Los productos y servicios para tratamientos médicos estéticos, opcionales o tratamientos médicos experimentales no son elegibles para la Asistencia Financiera según esta política.
- E. **Asistencia Completamente Benéfica**: La Asistencia Completamente Benéfica es una cancelación completa de los cargos de CMC por los Servicios Cubiertos, sin descuentos. La Atención Completamente Benéfica está disponible para los siguientes pacientes:
1. Aquellos cuyos Ingresos Familiares sean iguales o inferiores al 350% del Nivel Federal de Pobreza ("FPL", por sus siglas en inglés); y
 2. Aquellos que son No Asegurados, según la definición anterior.
- F. **Asistencia Benéfica Parcial**: La Asistencia Benéfica Parcial es una cancelación parcial de los cargos de CMC por los Servicios Cubiertos, sin descuentos, que está disponible para los siguientes pacientes:
1. Aquellos cuyos Ingresos Familiares se encuentran entre el 351% y el 400% del FPL.
 2. Aquellos que son No Asegurados, según la definición anterior.
 3. Y para quienes el CFO, o la persona que este designe, haya determinado que corresponde el descuento.
 4. CMC limitará los pagos esperados por los servicios a pacientes internados a los del Grupo Relacionado con el Diagnóstico ("DRG", por sus siglas en inglés) para los pacientes internados con cobertura de Medicare por los Servicios Cubiertos que se hayan provisto (o la tasa más alta que, de buena fe, CMC espera recibir como pago de un programa gubernamental en el que participa CMC), o para los servicios en los que no haya un DRG establecido por Medicare, un monto adecuado con descuentos, con la condición de que los servicios no estén ya sujetos a descuentos.
 5. Para los pacientes ambulatorios, CMC limitará los pagos esperados a la lista de tarifas de Medicare o, en caso de que no haya una lista de tarifas de Medicare, a los cargos de CMC sin descuentos multiplicados por la proporción de cargo por costo de Medicare correspondiente a los servicios para pacientes ambulatorios de CMC.
- G. **Atención Benéfica por Circunstancias Especiales**: La Atención Benéfica por Circunstancias Especiales permite que los Pacientes No Asegurados que no cumplen los Criterios para la Asistencia Especial o que no pueden seguir los procedimientos específicos del hospital reciban una cancelación total o parcial de los cargos del hospital por los Servicios Cubiertos sin descuentos, con la aprobación del Gerente Financiero (CFO, por sus siglas en inglés), o por la persona que este designe. El hospital debe documentar la decisión, incluyendo los motivos por los cuales el paciente no cumplió los criterios usuales para recibir Asistencia Financiera. A continuación presentamos una lista no exhaustiva de algunas situaciones que pueden calificar para la Atención Benéfica por Circunstancias Especiales:
1. **Quiebra**: Pacientes que entran en quiebra o que recientemente fueron declarados en quiebra.
 2. **Pacientes Sin Hogar**: Pacientes de la sala de emergencias que no cuentan con una fuente de pago si no tienen empleo, dirección postal, residencia o seguro.
 3. **Pacientes Fallecidos**: Pacientes fallecidos sin seguro, sin acervo hereditario ni cobertura de terceros.
 4. **Por Servicios Rechazados por Medicare**: Los pacientes con Ingresos elegibles para Medicare pueden solicitar Asistencia Financiera para internaciones rechazadas, días de atención denegada y por servicios no cubiertos. Los Pacientes no pueden recibir Asistencia Financiera por la participación del costo a cargo de Medicare.
 5. **Por Servicios Rechazados por Medi-Cal**: Los pacientes con Ingresos elegibles para Medi-Cal pueden solicitar Asistencia Financiera para internaciones rechazadas, días de atención denegada y por servicios no cubiertos. Los pacientes no pueden recibir Asistencia Financiera por la participación del costo correspondiente a Medi-Cal. Las personas elegibles para programas como Medi-Cal pero cuyo estado de elegibilidad no

se haya establecido para el período durante el cual se hayan prestado los servicios médicos pueden solicitar Asistencia Financiera.

- H. **Atención Benéfica para Pacientes Asegurados por Costos Médicos Elevados ("Atención Benéfica por Costos Médicos Elevados")**: La Atención Benéfica por Costos Médicos Elevados es una cancelación completa del Monto de la Responsabilidad del Paciente por los Servicios Cubiertos. Este descuento está disponible para los pacientes que cumplen los siguientes criterios:
1. El paciente es un Paciente Asegurado.
 2. Los Ingresos Familiares del paciente son inferiores al 350% del FPL; y
 3. Los gastos médicos del paciente o de la familia del paciente por los Servicios Cubiertos (incurridos en CMC o pagados a otros proveedores en los últimos doce (12) meses) exceden el 10% de los Ingresos Familiares del paciente.
- I. **Médico de Emergencia**: Un Médico de Emergencia es un médico que brinda servicios médicos de emergencia en un hospital.
- J. **Nivel Federal de Pobreza ("FPL", por sus siglas en inglés)**: FPL significa la medida del nivel de ingresos publicada anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ("HHS", por sus siglas en inglés) y es utilizada por CMC para determinar la elegibilidad para la Asistencia Financiera.
- K. **Monto de la Responsabilidad del Paciente**: Monto que un Paciente Asegurado debe pagar de su bolsillo una vez que la cobertura del paciente por una tercera parte haya determinado el monto de los beneficios del paciente.
- L. **Familia del Paciente**: La Familia del Paciente se determina del siguiente modo:
1. **Pacientes Adultos**: Para los pacientes de 18 años o más, la Familia del Paciente incluye a su cónyuge, pareja conviviente y niños dependientes menores de 21 años de edad, independientemente de que vivan en la casa o no.
 2. **Pacientes Menores**: Para los pacientes menores de 18 años, la Familia del Paciente incluye a sus padres, los familiares cuidadores y otros hijos menores de 21 años de los padres y de los familiares cuidadores.
- M. **Agravante**: Un agravante es una persona que comete un delito civil, ya sea intencionalmente o por negligencia.

III. POLÍTICA

- A. CMC brindará Asistencia Financiera conforme a la presente política, bajo la forma de atención médica con descuentos o gratuita a los pacientes de CMC elegibles que sean:
1. Pacientes No Asegurados con Bajos Ingresos.
 2. Pacientes Asegurados con Bajos Ingresos y costos médicos elevados.
 3. Pacientes con Circunstancias Especiales.
- B. CMC les brindará a los Pacientes No Asegurados con bajos ingresos y a los Pacientes Asegurados con bajos ingresos y costos médicos elevados la información exigida por las leyes respecto de su responsabilidad financiera estimada por los servicios y de la disponibilidad de la Asistencia Financiera y de descuentos, conforme a lo establecido en la presente política.
- C. Esta política se aplica a los establecimientos hospitalarios licenciados por CMC. A menos que se especifique lo contrario, esta política no se aplica a los médicos ni a demás proveedores médicos cuyos Servicios no estén incluidos en la factura de CMC. En California, un Médico de Emergencias que brinda servicios de emergencia en un hospital debe ofrecer descuentos para pacientes no asegurados y para pacientes con costos médicos elevados que se encuentran en el 350% del FPL o por debajo de este nivel. Los especialistas médicos que se convoquen al Departamento de Emergencias de CMC o que tengan permiso para atender en CMC fuera del Departamento de Emergencias no son Médicos de Emergencias.

IV. PROCEDIMIENTO

A. Elegibilidad

1. Criterios de Elegibilidad: Durante el proceso de solicitud, CMC aplicará los siguientes criterios de elegibilidad para la Asistencia Financiera:

Categoría de Asistencia Financiera	Criterios de Elegibilidad del Paciente	Descuento disponible
<p>Atención Completamente Benéfica</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. El Paciente es un Paciente No Asegurado; 2. El Paciente tiene Ingresos Familiares iguales o inferiores al 350% del FPL más reciente. 	<p>Cancelación completa de los cargos de CMC por los Servicios Cubiertos sin descuentos.</p>
<p>Atención Benéfica Parcial</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3. El Paciente es un Paciente No Asegurado; 4. El Paciente tiene Ingresos Familiares de entre el 351% y el 400% del FPL más reciente. 	<p>Cancelación parcial de los cargos de CMC por los Servicios Cubiertos sin descuentos.</p> <p>Servicios para Pacientes Internados: CMC limitará los pagos esperados por los servicios a pacientes internados a los del Grupo Relacionado con el Diagnóstico (“DRG”) para los pacientes internados con cobertura de Medicare por los Servicios Cubiertos que se hayan provisto (o la tasa más alta que, de buena fe, CMC espera que le pague un programa gubernamental en el que participa CMC), o para los servicios en los que no haya un DRG establecido por Medicare, un monto adecuado con descuentos.</p> <p>Servicios para Pacientes Ambulatorios: CMC limitará los pagos esperados a la lista de tarifas de Medicare o, en caso de que no haya una lista de tarifas de</p>

		Medicare, a la proporción de cargos por costo para los servicios ambulatorios de CMC correspondientes a Medicare.
Atención Benéfica por Costos Elevados (para Pacientes Asegurados)	<ol style="list-style-type: none"> 5. El Paciente es un Paciente Asegurado; 6. El Paciente tiene Ingresos Familiares iguales o inferiores al 350% del FPL más reciente; 7. Los gastos médicos del paciente o su familia (incurridos en CMC o pagados a otros proveedores en los últimos 12 meses) exceden el 10% de los Ingresos Familiares del paciente. 	Cancelación completa del Monto responsabilidad del paciente por los Servicios Cubiertos.
Atención Benéfica por Circunstancias Especiales	<ol style="list-style-type: none"> 8. El Paciente es un Paciente No Asegurado o Con Seguro Insuficiente; 9. El Paciente no cumple los Criterios para recibir Asistencia Financiera; 10. Existe una circunstancia especial; 11. El Gerente Financiero (CFO) o la persona que este designe aprobó el descuento; 12. CMC documenta la decisión, incluyendo los motivos por los cuales el paciente no cumplió los criterios usuales para la Asistencia Financiera. 	Cancelación total o parcial de los cargos del hospital por los Servicios Cubiertos sin descuentos.

2. Cálculo de los Ingresos Familiares: Para determinar la elegibilidad del paciente para la Asistencia Financiera, CMC primero calculará los Ingresos Familiares del Paciente del siguiente modo:
 - a. Comprobantes de Ingresos Familiares: Los pacientes solo deberán entregar los talones de pago o las declaraciones de impuestos más recientes como prueba de sus ingresos. Los Ingresos Familiares del Paciente son los ingresos anuales de todos los integrantes de la Familia del Paciente correspondientes a los doce (12) meses anteriores o al año fiscal anterior, tal como se registra en los

- talones de pago o las declaraciones de impuesto a las ganancias más recientes, menos los pagos por alimentos y manutención de niños.
- b. Cálculo de los Ingresos Familiares para los Pacientes Fallecidos: Puede considerarse que los pacientes fallecidos sin cónyuge superviviente no tienen ingresos para calcular los Ingresos Familiares del paciente. No se exige la presentación de documentación para los pacientes fallecidos; no obstante, podría exigirse documentación de los bienes del acervo hereditario. El cónyuge superviviente de un paciente fallecido puede solicitar Asistencia Financiera.
3. Cálculo de los Ingresos Familiares del Paciente como Porcentaje del FPL: Después de determinar los Ingresos Familiares de un Paciente, CMC calculará el nivel de Ingresos Familiares del paciente en comparación con el FPL, expresados como un porcentaje del FPL. Por ejemplo, si el FPL para una familia de tres integrantes es de \$20,000 y los Ingresos Familiares del Paciente son de \$60,000, CMC calculará que los Ingresos Familiares del paciente equivalen al 300% del FPL. Este cálculo se empleará para determinar si un paciente cumple los criterios para recibir Asistencia Financiera.
 4. Exclusiones/Inhabilitación para la Asistencia Financiera: Las siguientes son circunstancias en las que, conforme a la presente política, la Asistencia Financiera no está disponible:

Pacientes de Medi-Cal con Participación del Costo: Los pacientes de Medi-Cal que son responsables de pagar su participación del costo no son elegibles para solicitar Asistencia Financiera para reducir el monto de la Participación del Costo que adeudan. CMC procurará cobrar estos montos de los pacientes.

 - a. El Paciente Rechaza los Servicios Cubiertos: Un Paciente Asegurado que decide procurar servicios que no están cubiertos por el acuerdo de beneficios del paciente (por ejemplo, un paciente de una HMO que obtiene servicios fuera de su red en CMC, o un paciente que se niega a ser trasladado de CMC a un establecimiento dentro de la red) no es elegible para la Asistencia Financiera.
 - b. Paciente Asegurado que No Cooperar con un Tercero Pagador: Un Paciente Asegurado que está asegurado por un tercero pagador que se niega a pagar los servicios porque el paciente no brindó información que el tercero pagador necesita para determinar la responsabilidad del tercero pagador no es elegible para la Asistencia Financiera.
 - c. El Pagador le paga al Paciente Directamente: Si un paciente recibe el pago por los servicios directamente de un pagador por indemnidad, por Suplemento de Medicare o de otro pagador, el paciente no es elegible para la Asistencia Financiera.
 - d. Falsificación de Información: CMC puede negarse a otorgar Asistencia Financiera a los pacientes que falsifiquen información respecto de sus ingresos, el tamaño del grupo familiar o demás información, en su solicitud para determinar la elegibilidad.
 - e. Recuperos de Terceros: Si un paciente recibe una compensación financiera o una sentencia de un tercero agravante responsable de las lesiones del paciente, el paciente debe usar la compensación o el monto de la sentencia para saldar los saldos de la cuenta del paciente, y no es elegible para la Asistencia Financiera.
 - f. Servicios profesionales (de médicos): Los servicios de médicos como anestesistas, radiólogos, especialistas en medicina hospitalaria, patólogos, etcétera, no están cubiertos por esta política. Las excepciones se enuncian en el Anexo A. Muchos médicos implementan sus propias políticas de atención benéfica que permiten que los pacientes soliciten atención gratuita o con descuentos. Los pacientes deben obtener información sobre la política de atención benéfica de un médico directamente con el mismo médico.

B. Proceso de Solicitud

1. CMC hará todo lo posible por obtener información del paciente o de su representante para determinar si un seguro médico privado o público podrían cubrir los cargos de la atención prestada por CMC al paciente, ya sea total o parcialmente. Se evaluará si el paciente necesita Asistencia Financiera en caso de que, en cualquier momento, el paciente indique su incapacidad financiera de pagar una factura de servicios hospitalarios. Para calificar como Paciente No Asegurado, el paciente o el garante del paciente deben declarar no conocer que el paciente tenga derecho a ningún beneficio de seguros o de programas del gobierno que cubrirían la factura o significarían un descuento sobre ella.
2. Se les debe recomendar a todos los pacientes que investiguen su posible elegibilidad para recibir asistencia a través de programas gubernamentales si aún no lo han hecho. CMC le entregará una solicitud para el programa Medi-Cal o para otros programas financiados por el gobierno si el paciente indica que no tiene cobertura de un tercero pagador o solicita Asistencia Financiera.
3. Los pacientes deben hacer todo lo razonablemente posible para entregarle a CMC documentación de sus ingresos y de su cobertura de beneficios médicos.
4. Los pacientes que deseen solicitar Asistencia Financiera usarán el formulario estándar de solicitud “[Solicitud de Asistencia Financiera](#)”.
5. Los pacientes pueden solicitar asistencia completando la Solicitud de Asistencia Financiera en persona en las [sedes de CMC](#) que se enumeran en el Anexo C, o por teléfono al departamento de Admisiones, al (559) 459-2998.
6. También encontrará copias de la Solicitud de Asistencia Financiera en las sedes de CMC que se indican en el Anexo C, por correo o a través del sitio web de CMC (www.communitymedical.org).
7. Los pacientes deben completar la Solicitud de Asistencia Financiera lo antes posible después de recibir tratamiento en CMC. No completar y devolver la solicitud en el curso de 180 días de la fecha de alta del paciente puede dar lugar a la denegación de la Asistencia Financiera.
8. Los pacientes deben enviar las Solicitudes de Asistencia Financiera a la siguiente dirección: Community Medical Centers, Patient Financial Services Department, P.O. Box 1232, Fresno, CA 93715, Attn: Financial Assistance Application.

C. Resolución respecto de la Asistencia Financiera

1. CMC evaluará todas las solicitudes de Asistencia Financiera y otorgará la Asistencia Financiera cuando el paciente cumpla los criterios de elegibilidad que se indican anteriormente.
2. La información respecto de los ingresos o de los activos que se obtenga como parte del proceso de elegibilidad se debe mantener separada de los legajos que se empleen para cobrar la deuda, y no debe ser examinada en el proceso de cobro de la deuda.
3. En caso de que el paciente no proporcione documentación sobre sus ingresos y/o sobre la cobertura de beneficios médicos, y de que CMC pueda razonablemente tomar una resolución en ausencia de la documentación solicitada, CMC deberá tomar la resolución sobre la base de la información que conozca. En caso de que el paciente no proporcione información razonable y necesaria, por ejemplo, documentación de sus ingresos y/o de la cobertura de beneficios médicos, CMC podrá considerar dicha omisión en la resolución que tome con respecto de la elegibilidad para la Asistencia Financiera.
4. Los pacientes también pueden solicitar la asistencia de programas gubernamentales. CMC debe asistir a los pacientes para determinar si son elegibles para recibir asistencia gubernamental o de otro tipo, o si el paciente es elegible para inscribirse en planes de California Health Benefit Exchange (es decir, Covered California). En caso de que un paciente solicite otro programa de cobertura médica, o tenga una solicitud pendiente, en el mismo momento en que solicita la Asistencia Financiera, solicitar cobertura a través de otro programa de cobertura médica no afectará la elegibilidad del paciente para la Asistencia Financiera.
 - a. Las solicitudes deben ser revisadas sin demoras. CMC emitirá su resolución respecto de la elegibilidad en el curso de 45 días a partir de la recepción de la solicitud. No

se considerará que una solicitud está completa si no indica el seguro u otras fuentes de pago.

5. Una vez que se ha tomado la resolución respecto de la Atención Completamente Benéfica, la Atención Benéfica Parcial, la Atención Benéfica por Costos Médicos Elevados o la Atención Benéfica por Circunstancias Especiales, se enviará un “[Formulario de Notificación](#)” (Anexo D) a cada solicitante en el cual se le informará la decisión de CMC.
6. En caso de que se apruebe a un paciente en virtud de esta política, pero después del proceso de aprobación inicial se determine que el paciente es inelegible por tener un tercero pagador, se restituirán los cargos y CMC procurará que el tercero pagador pague a nombre del paciente. En caso de que posteriormente se determine que el tercero pagador no es responsable por el pago de los cargos del paciente, se restituirá la elegibilidad del paciente sin necesidad de una nueva solicitud de evaluación financiera.
7. Una vez que se resuelve que un paciente es elegible para la Asistencia Financiera, se presume que el paciente es elegible por un período de seis meses después de que el Hospital emite el Formulario de Notificación al paciente. Después de un año, los pacientes deben volver a solicitar la Asistencia Financiera.
8. En caso de que la resolución respecto de la Asistencia Financiera arroje un crédito a favor del paciente, el reembolso del crédito incluirá intereses sobre el monto pagado en exceso a partir de la fecha de pago del paciente y a la tasa legal (10% anual) conforme al artículo 127400 del Código de Salud y Seguridad, con la salvedad de que CMC no tiene la obligación de reembolsar un saldo a favor que, junto con los intereses, sume menos cinco dólares (\$5.00).

D. Disputas

1. Un paciente puede solicitar la revisión de la decisión de CMC de rechazar la Asistencia Financiera notificándole al departamento de Servicios Financieros para Pacientes de los motivos de la disputa y la reparación deseada, en el curso de treinta (30) días a partir de que el paciente reciba la notificación de las circunstancias que dieron lugar a la disputa. Los pacientes pueden presentar la disputa oralmente, por teléfono al departamento de Servicios Financieros para Pacientes, llamando al (559) 459-3939, o por escrito enviando por correo la información antes mencionada a Community Medical Centers, Patient Financial Services Department, P.O. Box. 1232, Fresno, CA 93715. El Departamento de Servicios Financieros para Pacientes examinará la disputa del paciente lo antes posible y le informará al paciente su decisión por escrito.

E. Disponibilidad de Información sobre la Asistencia Financiera

1. Idiomas: Esta política estará disponible en los idiomas primarios del Área de Servicios de CMC. Además, todas notificaciones/comunicaciones a las que se refiere este artículo estarán disponibles en los idiomas primarios del área de servicio del hospital y según lo disponen todas las leyes y reglamentaciones federales y estatales aplicables. Un Idioma Primario del Área de Servicios de CMC es un idioma empleado por la cifra que sea menor de entre 1,000 personas o el 5% de la comunidad atendida por CMC o por la población que probablemente sea afectada o encontrada por CMC. CMC puede determinar el porcentaje o la cantidad de personas con competencia limitada en inglés en la comunidad de CMC o que probablemente sean afectadas o encontradas por CMC mediante cualquier método razonable.
2. Información Provista a los Pacientes durante la Prestación de los Servicios del Hospital: Preadmisión o Registro: Durante la preadmisión o el registro (o lo antes posible), CMC les brindará a todos los pacientes una copia del resumen de la Política de Asistencia Financiera en lenguaje simplificado (Anexo E), que contiene información respecto de su derecho a solicitar una cotización de su responsabilidad financiera por los servicios, además de las sedes a las que los pacientes pueden acudir para obtener ayuda para solicitar la Asistencia Financiera.
 - a. Servicios de Emergencia: En el caso de los servicios de emergencia, CMC les brindará a todos los pacientes un resumen de la Política de Asistencia Financiera en lenguaje simplificado tan pronto como sea posible después

- de la estabilización de la condición médica de emergencia del paciente o en el momento del alta.
- b. Solicitudes Provistas al Alta: En el momento del alta, CMC les entregará a todos los pacientes una copia de un resumen de la [Política de Asistencia Financiera](#) en lenguaje simplificado (Anexo E), y a todos los Pacientes No Asegurados una solicitud de Medi-Cal y de Servicios Para Niños de California y demás programas gubernamentales que posiblemente les correspondan.
3. Información Provista a los Pacientes en Otros Momentos:
- Información de Contacto: Los pacientes pueden comunicarse con el Departamento de Admisiones de CMC por teléfono, llamando al (559) 459-2998, o en persona en las sedes indicadas en el Anexo C, con el fin de obtener información adicional sobre la Asistencia Financiera y para recibir ayuda con el proceso de solicitud.
- a. Saldos de Facturación: CMC les facturará a los pacientes conforme a la Política de Facturación y Cobros de CMC. Los saldos de facturación para los pacientes incluirán un resumen de la Política de Asistencia Financiera titulada “Información Importante sobre la Facturación para los Pacientes” en lenguaje simplificado (Anexo E), un número de teléfono para que los pacientes llamen si tienen consultas sobre la Asistencia Financiera, y la dirección del sitio web en la que los pacientes puedan obtener información adicional sobre la Asistencia Financiera, incluida la Política de Asistencia Financiera, un resumen de la política en lenguaje significado y la Solicitud de Asistencia Financiera. El Anexo F incluye un [resumen de los derechos que le corresponden al paciente por ley](#) y también se incluirán en el saldo de facturación final del paciente.
 - b. A Pedido: CMC les entregará a los pacientes copias impresas de la Política de Asistencia Financiera, la Solicitud de Asistencia Financiera y del resumen de la Política de Asistencia Financiera en lenguaje simplificado a pedido de los pacientes y sin cargo para ellos.
4. Publicidad de la Información sobre la Asistencia Financiera:
- Copias provistas por los Pacientes: CMC les ofrecerá a los pacientes una copia impresa del resumen de la Política de Asistencia Financiera en lenguaje simplificado como parte del trámite de admisión o de alta.
- a. Notificación de Saldo de Facturación: CMC incluirá un aviso escrito y bien visible en el saldo de facturación que notifique e informe a los receptores acerca de la disponibilidad de la Asistencia Financiera conforme a la Política de Asistencia Financiera de CMC y que incluya: la dirección de sitio web directa en la que pueden obtenerse copias de la Política de Asistencia Financiera, el resumen de la política de Asistencia Financiera en lenguaje simplificado y el Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera según la Política de Asistencia Financiera, además del número de teléfono del Departamento de Admisión, el cual está disponible para brindar información sobre la Política de Asistencia Financiera y ayuda con el trámite de solicitud.
 - b. Avisos Públicos: CMC colocará avisos públicos bien visibles (u otras medidas razonablemente diseñadas para llamar la atención de los pacientes) que notifiquen e informen a los pacientes acerca de la presente política en áreas públicas de CMC, incluidas, como mínimo, la sala de emergencias y las áreas de admisión.
 - c. Sitio web: La Política de Asistencia Financiera, la Solicitud de Asistencia Financiera y el resumen de la Política Financiera en lenguaje simplificado se pondrán a disposición en un lugar bien visible del sitio web de CMC, (www.communitymedical.org). Las personas que buscan información acerca de asistencia financiera no deberán crear una cuenta o proporcionar cualquier información personal antes de recibir información sobre asistencia financiera.

- d. Por correo: Los pacientes pueden solicitar que se les envíe por correo una copia gratuita de la Política de Asistencia Financiera, la Solicitud de Asistencia Financiera y el resumen de la Política de Asistencia Financiera en lenguaje simplificado.
- e. Publicidades/Comunicados de Prensa: Según sea necesario, CMC colocará un anuncio publicitario sobre la disponibilidad de la Asistencia Financiera en CMC en el (los) periódico (1) de mayor circulación de las comunidades a las que atiende CMC y, cuando hacerlo no sea posible, CMC emitirá un Comunicado de Prensa que contenga esta información, o empleará otros medios que CMC razonablemente considere que publicitarán ampliamente la disponibilidad de la política a los pacientes involucrados en nuestras comunidades.

F. Disposiciones Varias

1. Registros: Los registros relacionados con la Asistencia Financiera deben ser fácilmente accesibles. CMC debe conservar la información respecto del número de Pacientes No Asegurados que han recibido Servicios de CMC, la cantidad de Solicitudes de Asistencia Financiera completadas, la cantidad aprobadas, el valor calculado de los beneficios provistos en dólares, la cantidad de solicitudes rechazadas y los motivos para rechazarlas. Además, deben ingresarse las anotaciones respecto de la aprobación o el rechazo de la Asistencia Financiera de un paciente en la cuenta del paciente.
2. Planes de Pago: Los pacientes pueden ser elegibles para un plan de pagos. Los planes de pago se ofrecerán y negociarán conforme a la Política de Facturación y Cobros de CMC.
3. Facturación y Cobros: CMC puede tomar las medidas razonables para obtener el pago de los pacientes. La información obtenida durante el proceso de Asistencia Financiera no podrá emplearse en el trámite de cobro, tanto por CMC como por las agencias de cobros contratadas por CMC. Las actividades generales de cobro pueden incluir la emisión de saldos para el paciente, llamadas telefónicas y la derivación de los saldos que hayan sido enviados al paciente o al garante. Las filiales y los departamentos de Ciclo de Ingresos deben elaborar procedimientos que garanticen que se investiguen y, si corresponde, se corrijan todas las consultas y las quejas de los pacientes sobre la facturación, con un seguimiento oportuno con el paciente. Ni CMC ni las agencias de cobros instituirán acciones extraordinarias de cobro (según se definen en la Política de Facturación y Cobros de CMC). Pueden obtenerse copias gratuitas de la Política de Facturación y Cobros de CMC en el sitio web de CMC, www.communitymedical.org.
4. Presentación a OSHPD: CMC presentará las políticas de Asistencia Financiera a la Oficina de Planificación y Desarrollo de la Atención de la Salud del Estado (OSHPD, por sus siglas en inglés). Las políticas se encuentran en el siguiente enlace del sitio web de OSHPD: <https://syfphr.oshpd.ca.gov/>.

G. Montos Generalmente Facturados

1. Conforme al artículo 1.501(r)(5) del Código Fiscal, CMC adopta los métodos prospectivos de Medicare respecto de los montos generalmente facturados. Los pacientes elegibles para la Asistencia Financiera no son responsables financieramente en exceso de los montos generalmente facturados.

V. REFERENCIAS

Internal Revenue Code section 501(r)

26 Code of Federal Regulations 1.501(r)

California Health and Safety Code sections 124700-127446

Documentos citados

Tipo de cita	Título	Notas
Documentos citados en este documento		
Documentos citados	Solicitud de Asistencia Financiera	
Documentos citados	Sedes de CMC	
Documentos citados	Formulario de notificación	
Documentos citados	https://syfphr.oshpd.ca.gov/	
Documentos citados	Resumen de los derechos legales del paciente	
Documentos citados	www.communitymedical.org	
Documentos citados	Solicitud de Asistencia Financiera	
Documentos citados	Asistencia Financiera (Sedes)	
Documentos citados	Notificación de derechos conforme a la Política de Asistencia Financiera	
Documentos citados	Información Importante sobre la Facturación para los Pacientes	
Documentos citados	Formulario de notificación	

Las copias impresas del presente documento podrían no estar actualizadas y no deben ser empleadas con fines oficiales. La versión actualizada está disponible en Lucidoc, en <https://www.lucidoc.com/cgi/doc-gw.pl?ref=communitymc:24817>.