

**ANTELOPE VALLEY MEDICAL CENTER
MANUAL DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE SERVICIOS FINANCIEROS
PARA PACIENTES**

NÚMERO DE POLÍTICA: PFS.RI.1

PÁGINA 1 de 17

ASUNTO: AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

REFERENCIAS: Declaración 15 de la Junta de Principios y Prácticas (Principles and Practices Board) de la HealthCare Financial Management Association, "Evaluación y presentación de estados financieros de ayuda benéfica y deudas incobrables"
EMTALA, Código de los Estados Unidos, Título 42
Patient Protection and Affordable Care Act (Ley de protección al paciente y cuidado de la salud a bajo precio)
Requisitos de IRS para 501(c) (3)
Hospitales según la Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio – Sección 501(r)
Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio, Sección 1557
California AB-774, Políticas de precios justos de los hospitales
California AB 1503
California AB 1276
Código de Salud y Seguridad de California, Sección 127425
California AB 532
California AB 1020
California AB 2297
California SB 1061

PROPÓSITO: Establecer un Programa de Ayuda Económica (FAP) y asegurarse de que los pacientes y la comunidad en general:

- Sepan que hay ayuda económica disponible.
- Tengan tiempo adecuado para presentar la solicitud y la información y documentación requeridas.
- Reciban asistencia razonable con el proceso de solicitud.

ÁREAS/DEPARTAMENTOS AFECTADOS: Esta política se aplicará a Antelope Valley Medical Center y a cualquiera de sus entidades sin fines de lucro de participación mayoritaria (conjuntamente llamadas "AVMC"). La política también se dará y se aplicará a cualquier servicio contratado que facture en nombre de AVMC o cualquiera de sus entidades sin fines de lucro de participación mayoritaria.

POLÍTICA:

Según las leyes y reglamentaciones federales y estatales, se ofrece ayuda económica a pacientes sin seguro y con cobertura de seguro insuficiente que no tienen suficientes recursos económicos para pagar los servicios.

Definiciones

- **AGB:** La cantidad generalmente facturada es la cantidad máxima que se les puede cobrar a los pacientes que califiquen para la ayuda económica o según lo

ASUNTO: AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

permita esta política. Este término se define con más detalle en la sección Limitación de cargos abajo.

- *Atención con descuento (pago descontado o pago con descuento):* Significa cualquier cargo reducido, pero no gratis.
- *Ayuda benéfica:* Significa atención sin costo.
- *Cargo bruto:* Un precio establecido, que se indica en la lista maestra de cargos de AVMC, por un servicio o artículo que se cobra de manera constante y uniforme a todos los pacientes antes de que se apliquen asignaciones, descuentos o deducciones contractuales.
- *Con cobertura de seguro insuficiente:* Un paciente que tiene algún tipo de seguro o cobertura médica pero que sigue teniendo gastos de bolsillo o gastos médicos elevados que superan su capacidad de pagar.
- *FPL:* El nivel federal de pobreza para el año en curso puede obtenerse en el sitio web: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.
- *Gastos básicos de vida:* Gastos por cualquiera de los siguientes conceptos: pagos de alquiler y mantenimiento de la casa, comida y suministros para el grupo familiar, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos de atención médica y dental, seguro, escuela o cuidado infantil, manutención de menores o del cónyuge, gastos de transporte y de automóvil, incluyendo seguro, combustible y reparaciones, pagos de cuotas, lavandería y limpieza y otros gastos extraordinarios.
- *Gastos médicos elevados:* La menor de las siguientes cantidades: (1) los gastos médicos anuales del paciente en AVMC que exceden el 10 % de los ingresos familiares actuales del paciente o de los ingresos familiares de los últimos 12 meses, según cuál sea menor, y que no hayan sido reembolsados por un programa de seguro o de cobertura médica; o (2) el total de los gastos médicos anuales de su propio bolsillo que exceden el 10 % de los ingresos familiares del paciente, si este aporta documentación de los gastos médicos pagados por él o por sus familiares (o su grupo familiar); o (3) un nivel inferior determinado por AVMC según la política de ayuda benéfica del hospital. Por gastos de bolsillo se entiende cualquier gasto por atención médica que no sea reembolsado por un programa de seguro o de cobertura médica, como copagos de Medicare o costos compartidos de Medi-Cal.
- *Grupo familiar o familia:* Para pacientes mayores de 18 años, el grupo familiar o

Los procedimientos y las políticas de AVMC pueden consultarse desde el administrador de políticas, al que se puede ingresar desde el Portal de AVMC

ASUNTO: AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

familia incluye al cónyuge o pareja doméstica registrada e hijos dependientes menores de 21 años o de cualquier edad si están discapacitados, ya sea que vivan en casa o no. Para pacientes menores de 18 años o para hijos dependientes de 18 a 20 años, la familia incluye al padre/madre del paciente, familiares cuidadores y otros hijos dependientes del padre/madre o familiares cuidadores menores de 21 años o de cualquier edad que estén discapacitados.

- *Ingresos:* Los ingresos incluyen salarios y sueldos, ingresos por intereses, ingresos por dividendos, compensación de los trabajadores, pagos por discapacidad, subsidio de desempleo, ingresos de negocios, ingresos agropecuarios, alquileres y regalías, herencias, beneficios por huelga y pagos de pensión alimenticia. Los ingresos también se definen como pagos del estado por custodia o tutela legal.
- *Medidas de cobro extraordinarias:* Medidas tomadas por AVMC contra una persona para obtener el pago de una factura de servicios de atención médica prestados por AVMC que exigen un proceso legal o judicial, implican la venta de la deuda de una persona a otra parte o implica el reporte de información adversa sobre una persona a agencias de verificación crediticia del consumidor o entidades crediticias. La ley de California establece directrices específicas relacionadas con embargos de salarios y avisos o conducir la venta de la residencia principal de un paciente. La presentación de un reclamo en un procedimiento de bancarrota no se considera una medida de cobro extraordinaria.
- *Período de aviso:* El período de aviso comienza en el primer episodio de atención y termina 120 días después de que AVMC entregue el primer estado de cuenta después del alta.
- *Período de solicitud:* El período durante el que AVMC debe aceptar y procesar una solicitud de ayuda económica según el FAP. El período de solicitud comienza en la fecha del primer estado de cuenta después del alta.
- *Plan de pago ampliado o EPP:* Un plan negociado entre un paciente y AVMC para permitir el pago de un precio con descuento en un período.
- *Resumen en lenguaje sencillo:* Una declaración por escrito en lenguaje claro, conciso y fácil de entender que avisa a las personas que AVMC ofrece un programa de ayuda económica y describe dicho programa.

NÚMERO DE POLÍTICA: PFS.RI.1

PÁGINA 4 de 17

ASUNTO: AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

- *Sin seguro:* Un paciente que no tiene cobertura de terceros de un plan de seguro médico, Medicare o Medicaid financiado por el estado, o cuya lesión no es una lesión compensada según los fines de compensación de los trabajadores, seguro de automóvil u otro seguro o fuente según lo determine y documente AVMC.

PROCEDIMIENTO:

Comunicación de la Política de ayuda económica al público

En cada interacción de ingreso/registro de un paciente y en todas las comunicaciones verbales sobre la cantidad por pagar que se produzca durante el período de aviso (como se define arriba y como se discute con más detalle abajo), AVMC avisará al paciente de la disponibilidad de FAP de AVMC, dónde obtener más información sobre elegibilidad y cómo enviar una solicitud. Dicha comunicación se documentará en la cuenta del paciente. Además, todas las áreas públicas de AVMC, incluyendo, como mínimo, puntos de registro, la oficina de ingresos y las áreas de espera para pacientes en el edificio principal de AVMC, el Departamento de Emergencias (Emergency Department) y todos los centros de atención ambulatoria de AVMC (incluyendo unidades de observación), tendrán material por escrito sobre FAP, y dicha información se incluirá en cada guía de ingreso para pacientes.

Las solicitudes deberán colocarse en un lugar fácilmente visible y accesible para los pacientes. La Política de ayuda económica completa de AVMC y el Resumen en lenguaje sencillo

(Apéndice A) están disponibles en el sitio web de AVMC desde donde se puede descargar e imprimir la solicitud de ayuda económica sin necesidad de ningún hardware ni software especial. El Resumen en lenguaje sencillo debe incluir el lugar físico en AVMC donde los pacientes pueden obtener una copia de la política y de la solicitud de ayuda económica, y la información de contacto de la oficina o del departamento específico de AVMC que puede asistir con el proceso de ayuda económica. AVMC traducirá los documentos del Programa de Ayuda Económica, incluyendo la política completa y las solicitudes de ayuda económica, a español y a cualquier otro idioma que sea el idioma principal de al menos el 5 % de los pacientes de AVMC.

ASUNTO: AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

Se incluirá un aviso bien visible de la disponibilidad de ayuda económica en cada estado de cuenta de los pacientes enviado por AVMC, que contendrá información de la política del Programa de Ayuda Económica y cómo obtener una copia de esta. El Período de aviso se define como el período durante el que AVMC debe avisar a una persona de su política de ayuda económica para que se considere que ha hecho un esfuerzo razonable por determinar si la persona es elegible o no para ayuda económica. El Período de aviso comienza en la primera fecha en la que se da atención.

El aviso por escrito incluirá una descripción de cualquier medida de cobro extraordinaria que AVMC o sus agencias pretendan iniciar y una declaración de que puede haber disponibles servicios de consejería de crédito sin fines de lucro en el área. El esfuerzo se considera razonable si AVMC informa al paciente de su Programa de Ayuda Económica como se describe arriba y sigue los requisitos para solicitudes incompletas y completas de ayuda económica descritos en la sección de Revisión y aprobación abajo. Se considerará que se ha dado un aviso por escrito en la fecha en que se envíe por correo.

El Programa de Ayuda Económica de AVMC se publicitará ampliamente en la comunidad de una manera que llegue razonablemente a los que más probablemente necesiten ayuda económica. Normalmente, esto se logrará publicando información sobre el programa en el sitio web de AVMC y en el centro médico con calificación federal local y clínicas en nuestra comunidad que asisten a los pacientes sin seguro/con cobertura de seguro insuficiente. Además, se mostrará información sobre el Programa de Ayuda Económica de AVMC (en inglés y en español) en un lugar público fácilmente visible, con un tamaño notable, en todos los centros de AVMC en donde es probable que las visitas lo vean. El material por escrito sobre nuestro Programa de Ayuda Económica incluirá lenguaje no discriminatorio según corresponda.

Proceso de solicitud

Una vez que un paciente inicia el proceso de solicitud, AVMC responderá consultas y ofrecerá la asistencia de un consejero financiero. Si un paciente le da a AVMC su información de contacto en relación con una solicitud de ayuda económica, AVMC se comunicará con el paciente durante el Período de solicitud (como se define arriba) para animarlo a que complete la solicitud en su totalidad. Si una solicitud de ayuda económica se recibe durante el Período de solicitud y se considera incompleta, se le enviará un aviso por escrito al paciente (o garante) en el plazo de 15 días desde la recepción de la solicitud incompleta para pedirle que envíe la información faltante en el plazo de 30 días desde la fecha del aviso. Dicho aviso incluirá información de contacto del centro o departamento que puede asistir con el proceso de ayuda económica, una copia del Resumen en lenguaje sencillo e información sobre medidas de cobro

ASUNTO: AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

extraordinarias potenciales que AVMC o sus agencias de crédito pueden iniciar. Cualquier medida de cobro extraordinaria en progreso en el momento en que se recibe una solicitud incompleta debe suspenderse. Dichos cobros pueden iniciarse o reanudarse si no se recibe una solicitud completa o después de que no se reciba una solicitud de más información en el plazo de 30 días después de recibir el aviso.

Como se trata abajo en la sección Verificación de la información presentada, AVMC podrá eximir el requisito de presentar una solicitud completa si AVMC obtiene otra cierta información que predice la capacidad de pago del paciente y usa esa información para determinar que el paciente es elegible para la ayuda económica. La base de cualquier determinación predictiva se documentará en el sistema de facturación.

AVMC aceptará y procesará todas las solicitudes de ayuda económica.

Requisitos de elegibilidad

La ayuda económica se da sobre la base de una escala variable basada en los límites federales de pobreza (FPL) actuales:

- **Ayuda benéfica (atención sin costo):** Los pacientes sin seguro que reciban servicios médicamente necesarios y cuyos ingresos familiares brutos se sitúen entre el 0 % y el 200 % del FPL en el momento en que se facture al paciente por primera vez, son elegibles para la ayuda benéfica completa (es decir, atención sin costo).
- **Atención con descuento (pacientes sin seguro):** Los pacientes sin seguro que reciban servicios médicamente necesarios y cuyos ingresos familiares brutos se sitúen por encima del 200 % del FPL y hasta el 400 % del FPL en el momento en que se facture al paciente por primera vez, tienen derecho a recibir atención con descuento.
- **Atención con descuento (pacientes con cobertura de seguro insuficiente con gastos médicos elevados):** Los pacientes con cobertura de seguro insuficiente que reciban servicios médicamente necesarios con gastos médicos elevados y cuyos ingresos familiares brutos se sitúen entre el 0 % y el 400 % del FPL en el momento en que se facture al paciente por primera vez tienen derecho a recibir atención con descuento.

ASUNTO: AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

- La atención con descuento o el pago con descuento están disponibles para pacientes con obligaciones económicas como facturas médicas elevadas. Los pacientes cuyos ingresos familiares superen el 400 % del nivel federal de pobreza, que de lo contrario quedarían descalificados para la ayuda económica, podrían ser elegibles si tienen, por ejemplo, gastos de atención médica catastróficos sin seguro que reducirían significativamente su patrimonio neto. Los gastos médicos elevados significan:
 1. Gastos de bolsillo anuales de un paciente en AVMC que exceden la menor cantidad entre el 10 % de los ingresos familiares actuales del paciente o los ingresos familiares de los últimos 12 meses, no reembolsados por el programa de seguro o de cobertura médica, como copagos de Medicare o costos compartidos de Medi-Cal;
 2. El total de gastos de bolsillo médicos anuales que superan el 10 % de los ingresos de la familia del paciente, si el paciente presenta documentación de los gastos médicos que haya pagado el paciente o la familia (o grupo familiar) del paciente en los 12 meses anteriores;
 3. Un nivel inferior determinado por AVMC según la política de ayuda benéfica del hospital. Por gastos de bolsillo se entiende cualquier gasto por atención médica que no sea reembolsado por un programa de seguro o de cobertura médica, como copagos de Medicare o costos compartidos de Medi-Cal.
- La solicitud puede ser presentada por el paciente o por sus representantes, incluyendo terceras organizaciones sin fines de lucro que ayuden a los pacientes. Se considerará la situación laboral cuando se determinen los niveles de ingresos. Es posible que los niveles de ingresos de arriba no cumplan las directrices establecidas del nivel de pobreza. Sin embargo, se debe considerar si se ha quedado sin empleo recientemente cuando se evalúe la fuente actual de ingresos.
- Los pacientes de pago por cuenta propia ingresados por medio del Departamento de Emergencias que no den información suficiente para evaluar completamente las pruebas de elegibilidad y ayuda económica, para los que la capacidad de pago no se puede determinar de manera confiable, se clasificarán como atención benéfica. Si posteriormente se obtiene información que haría que el paciente no cumpla los criterios para recibir ayuda económica, la cuenta del paciente se reclasificará y pasará a la clase de pagador correspondiente.

**ANTELOPE VALLEY MEDICAL CENTER
MANUAL DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE SERVICIOS FINANCIEROS
PARA PACIENTES**

NÚMERO DE POLÍTICA: PFS.RI.1

PÁGINA 8 de 17

ASUNTO: AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

- Los pacientes que posiblemente califiquen para Medi-Cal, pero de los que AVMC no reciba el pago por toda su estancia, son elegibles para la ayuda benéfica por estancias denegadas, días denegados de atención y servicios no cubiertos. Estas denegaciones y cualquier falta de pago de los servicios no cubiertos prestados a pacientes de Medi-Cal se clasificarán como atención benéfica. Estos pacientes están recibiendo el servicio y posiblemente no tienen la capacidad para pagarlo. Además, los pacientes con Medicare que tengan cobertura de Medi-Cal o Medi-Cal Managed Care para sus coseguros/deducibles, para los que Medi-Cal o Medi-Cal Managed Care no hagan pagos y Medicare, en última instancia, no haga reembolsos de deudas incobrables, también se incluirán como atención benéfica. Estos pacientes están recibiendo un servicio para el que no se reembolsará una parte de la factura resultante.
- Los servicios de atención de trauma prestados a pacientes con condiciones que cumplen la definición de atención de trauma facturable, según nuestros acuerdos de atención de trauma con el condado de Los Angeles y el estado de California, se clasificarán como ayuda benéfica. A estos pacientes no se les facturarán los servicios.
- Se presume que los pacientes que son elegibles para programas de ayuda por bajos ingresos patrocinados por el gobierno (por ejemplo, Medi-Cal, Medicaid fuera del estado, Servicios para Niños de California [California Children's Services] y cualquier otro programa federal, estatal o local aplicable de ayuda por bajos ingresos) son indigentes. Por lo tanto, dichos pacientes podrían considerarse posiblemente elegibles según la FAP cuando el pago no lo haga el programa gubernamental. Los fundamentos de dicha posible determinación se documentarán en la cuenta del paciente.

Según los criterios económicos mencionados arriba, la ayuda económica para servicios médicamente necesarios está disponible para todas las personas independientemente de dónde vivan. Las directrices para determinar la elegibilidad para la ayuda económica se aplicarán de manera uniforme. AVMC no discriminará sobre la base de su raza, color, credo, país de origen, sexo, edad o discapacidad a los pacientes que envían una solicitud de ayuda económica. Para determinar la elegibilidad de un paciente para recibir la ayuda económica, los consejeros financieros de AVMC asistirán al paciente (incluyendo la remisión a recursos externos) en la determinación de si es elegible para programas patrocinados por el gobierno y lo educarán y ayudarán para que entienda las coberturas de seguro que se ofrecen mediante el intercambio de seguros médicos de Covered California. Los pacientes también pueden obtener información del Intercambio de Seguros Médicos Covered California en su sitio web, coveredca.com, y pueden obtener más asistencia para consumidores de servicios médicos de Health Consumer Alliance en su sitio web: healthconsumer.org.

El Formulario de solicitud de ayuda económica (Apéndice B) se completará para todas

Los procedimientos y las políticas de AVMC pueden consultarse desde el administrador de políticas, al que se puede ingresar desde el Portal de AVMC

ASUNTO: AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

las solicitudes de ayuda económica (excepto si se hace una determinación posible como se describe en esta política) y se entregará a un consejero financiero. Todas las solicitudes de ayuda económica deben estar firmadas por el paciente o el representante autorizado del paciente para certificar que la información presentada en la solicitud es verdadera y correcta. Cuando sea posible, AVMC evaluará a cada paciente sin seguro para determinar su elegibilidad para la ayuda económica.

La ayuda económica parcial dada según esta política se considera ayuda benéfica parcial.

Verificación de la información presentada

Los datos usados para determinar la elegibilidad para la ayuda económica deben verificarse en la medida que resulte práctico en relación con la cantidad implicada de ayuda económica y la importancia de un elemento de información en la determinación general. En todos los casos, la verificación mínima debe incluir recibos de pago recientes o de declaraciones de impuestos sobre ingresos.

Otras formas de documentación de ingresos pueden incluir:

- Ingresos mediante la revisión de fuentes como un W-2 y declaraciones de desempleo, si corresponden.

Excepto para pacientes con cobertura de Medicare, la presentación de un Formulario de solicitud de ayuda económica y la documentación de respaldo necesaria relacionada que se describe arriba podrá eximirse si AVMC obtiene información mediante el uso de herramientas tecnológicas u otros métodos posibles como medidas predictivas de la capacidad de pago de un paciente y su situación económica. Vea el análisis en la sección Requisitos de elegibilidad arriba. No se podrá denegar ayuda económica sobre la base de información que no se indique específicamente como requisito en el Formulario de solicitud de ayuda económica.

Planes de pago ampliados: Si un paciente califica para recibir ayuda económica según esta política, el paciente podrá elegir pagar cualquier cantidad de la que el paciente sea económicamente responsable, después de que se haya aplicado cualquier descuento de ayuda económica y limitaciones de cargos, según esta política sobre la base del programa de planes de pagos que ofrece AVMC. Si dicho programa no cubre las necesidades del paciente, AVMC hablará con el paciente de otras opciones de pago y tendrá en cuenta los ingresos familiares y gastos básicos de vida del paciente. AVMC también puede tener en cuenta la disponibilidad de la cuenta de ahorros médicos del paciente o de la familia del paciente. Si AVMC y el paciente no se ponen de acuerdo sobre un plan de pago, los pagos mensuales del paciente se limitarán a no más del

ASUNTO: AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

10 % de los ingresos del grupo familiar del paciente durante un mes, excluyendo las deducciones por gastos básicos de vida. AVMC no podrá iniciar medidas de cobro extraordinarias mientras esté en el proceso de establecer un plan de pago ampliado o saldar una factura pendiente, o si el paciente está haciendo pagos parciales periódicos de una cantidad razonable según lo determine exclusivamente AVMC.

Los planes de pago ampliados pueden hacerse en persona o por teléfono en cualquier momento del ciclo de ingresos, durante el registro previo, el registro, el alta, la facturación y el seguimiento.

Si un paciente que califica para la ayuda económica incumple en el pago de una cantidad por pagar según un plan de pago (el paciente no hace todos los pagos consecutivos exigibles por un período de 90 días), el paciente tiene una oportunidad para renegociar su plan de pago ampliado antes de que AVMC declare la invalidez del plan de pago y comience las actividades de cobro. Más específicamente, AVMC debe hacer un intento razonable de comunicarse con el paciente por teléfono y darle un aviso por escrito para indicarle que el plan de pago puede quedar invalidado y darle la oportunidad de renegociar el plan de pago.

Revisión y aprobación:

La ayuda económica se debe documentar en el Formulario de solicitud de ayuda económica y la debe aprobar el director o gerente de Servicios Financieros para Pacientes (PFS) según las directrices de la política. La documentación de la recepción, revisión y aprobación del Formulario de solicitud de ayuda económica estará a cargo de PFS.

En el momento en que se decida la aprobación o la denegación de una cuenta para ayuda económica, se le enviará al paciente o parte responsable una carta como aviso de la decisión tomada. La carta, que normalmente se enviará en el plazo de 30 días desde la recepción del Formulario de solicitud de ayuda económica, estará escrita a máquina y deberá incluir la siguiente información:

- Nombre del paciente
- Números de cuenta para las cuentas en AVMC
- Saldo pendiente actual de las cuentas
- Cualquier saldo que vencerá en la cuenta (si solo una parte de la cuenta está cubierta por la ayuda económica)
- Información de los acuerdos para pagar cualquier saldo restante en la cuenta después de recibir la ayuda económica
- Proceso de apelación si se rechazó la solicitud de ayuda económica

Ante la aprobación de una solicitud de ayuda económica, AVMC deberá:

Los procedimientos y las políticas de AVMC pueden consultarse desde el administrador de políticas, al que se puede ingresar desde el Portal de AVMC

ASUNTO: AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

- Si el paciente debe alguna cantidad, entregarle un estado de cuenta al paciente que indique la cantidad que debe, cómo se determinó la AGB y cómo se llegó a la cantidad que debe;
- Incluir todas las cantidades que debe el paciente y que están cubiertas por la FAP en la aprobación;
- Reembolsar cualquier pago del paciente, con intereses según la política separada de reembolso a pacientes una vez otorgada la ayuda económica; y
- Anular o revertir cualquier medida de cobro extraordinaria, como levantar un gravamen o eliminar información adversa de los informes de crédito.

AVMC no exigirá a un paciente que envíe una solicitud para Medicare, Medi-Cal o cualquier otra cobertura antes de evaluar al paciente o si corresponde el pago con descuento. Cuando evalúa la elegibilidad del pago con descuento, AVMC puede exigir al paciente que participe en una evaluación de elegibilidad de Medi-Cal. Además, se espera que el paciente coopere con AVMC en la revisión de opciones asequibles de cobertura de seguro que se ofrecen mediante el Intercambio de Seguros Médicos Covered California. Si el paciente elige no adquirir cobertura de seguro mediante el Intercambio de Seguros Médicos Covered California y no califica para Medi-Cal, el paciente tendrá que presentar un Formulario de solicitud de ayuda económica. Se exige la cesión a AVMC de todos los pagos del seguro, incluyendo acuerdos de responsabilidad, hasta la cantidad de los cargos brutos en la factura del paciente.

Las denegaciones de ayuda económica se pueden apelar. Las apelaciones deben incluir una carta de apelación del paciente o de la parte con responsabilidad económica que solicita la reevaluación. La apelación también debe incluir documentos de apoyo que puedan demostrar la incapacidad de pago y que no hayan sido parte de la consideración inicial. Las apelaciones se remitirán al director de Servicios Financieros para Pacientes o a la persona designada, quien las revisará en el plazo de treinta (30) días desde su recepción. Si el director de Servicios Financieros para Pacientes o la persona designada considera que necesita otra opinión para tomar una determinación, se le pedirá al director financiero que revise y asista con la determinación.

Si, después de la revisión y determinación de ayuda económica, se encuentra que la información en la que se basaron era errónea, se hará lo siguiente:

- Si la información corregida en una denegación anterior de ayuda económica ahora califica al paciente para la ayuda económica, el paciente recibirá un aviso de que ahora es elegible para la ayuda económica y se procesarán las cuentas como se describe arriba.
- Si la información corregida en un otorgamiento anterior de ayuda económica ahora

NÚMERO DE POLÍTICA: PFS.RI.1

PÁGINA 12 de 17

ASUNTO: AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

excluye al paciente para la ayuda económica, el paciente recibirá un aviso de que no es elegible para la ayuda económica y se espera el pago en sus cuentas.

El Formulario de solicitud de ayuda económica completado y toda la documentación de apoyo relacionada se escaneará en las cuentas del paciente en el sistema de facturación del paciente.

Medidas de cobro extraordinarias:

AVMC no iniciará una medida de cobro extraordinaria en ningún momento antes de 180 días después de que AVMC dé el primer estado de cuenta después del alta si AVMC sabe que el paciente no tiene cobertura o si el paciente ha dado información que indica que puede ser un paciente con gastos médicos elevados.

AVMC podrá iniciar una medida de cobro extraordinaria contra una persona que haya presentado una solicitud incompleta de ayuda económica y que no haya dado la información faltante necesaria para completar la solicitud antes de lo siguiente (lo que ocurra más tarde):

- un plazo de 30 días desde que AVMC dé el aviso por escrito de que se necesita más información; o
- el último día del período de solicitud.

Contabilidad y seguimiento de los datos de ayuda económica:

La ayuda económica aprobada y las deducciones como resultado de la aplicación de AGB se clasificarán y registrarán como ayuda benéfica porque, por definición, la ayuda benéfica es la “incapacidad demostrada de pagar”. La cantidad de ayuda benéfica prestada se informará por separado en los estados financieros mensuales.

PROGRAMA

Frecuencia de la reevaluación de la elegibilidad:

Una vez aprobada la ayuda económica para un paciente, PFS se basará en esa aprobación para los servicios posteriores prestados por AVMC desde la fecha de aprobación inicial por hasta seis meses, excepto si sucede lo siguiente:

- Hay un cambio en la situación económica del paciente como se describe abajo. Es responsabilidad del paciente/garante informar a AVMC de dicho cambio. Después de seis meses, el paciente tendrá que volver a solicitar la ayuda económica, y se tendrán que hacer las verificaciones correspondientes de la información.

Los procedimientos y las políticas de AVMC pueden consultarse desde el administrador de políticas, al que se puede ingresar desde el Portal de AVMC

ASUNTO: AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

- Según cálculos razonables de AVMC, el paciente puede pagar una cobertura de seguro adquirida mediante el Intercambio de Seguros Médicos Covered California y el período para el que se puede obtener dicha cobertura es inferior a seis meses desde el momento en que AVMC otorga la ayuda económica y se encuentra durante un período de inscripción abierta.

Si un paciente recibe ayuda económica para una parte de su factura, y el paciente posteriormente no paga la parte restante de la factura, AVMC no revertirá la cantidad otorgada de ayuda económica.

Cambios en la situación económica del paciente:

Es posible que los pacientes tengan cambios inesperados en su capacidad de pago después de que se prestó un servicio y después de que se haya dado un plan de pago o ayuda económica. Si un paciente aceptó un plan de pago (vea la política separada de Planes de pago para pacientes) que era razonable en relación con sus circunstancias en ese entonces, pero el paciente perdió posteriormente su trabajo o tuvo alguna otra dificultad económica y dejó de poder hacer pagos según el plan, el paciente podría enviar una solicitud de ayuda económica según las directrices de esta política.

Limitación de cargos:

AVMC usará AGB mediante la metodología de Medicare prospectivo para cuentas de pacientes hospitalizados y ambulatorios para determinar la responsabilidad del paciente para personas que califican para la ayuda económica. Específicamente, AVMC limitará los cargos para un servicio particular según la AGB, que será igual a la cantidad que se pagaría por los servicios si el paciente fuera elegible para Medicare. La cantidad facturada no superará la AGB ni los cargos brutos.

El estado de cuenta de un paciente podrá indicar los cargos brutos estándar de AVMC, pero deben mostrar una deducción para llegar a la AGB. La diferencia entre los cargos brutos estándar de AVMC y las AGB o cantidades con descuento de ayuda económica se contabilizará como deducción de ayuda benéfica.

Cobertura de Medi-Cal y Medicaid:

La parte del costo de Medi-Cal o los copagos de Medicaid no pagados en el momento del servicio se facturarán al paciente. Si los copagos no se pueden cobrar, se descontarán como deducción benéfica sobre la base de elegibilidad posible. Los pacientes con cobertura de Medicaid y saldos vencidos por servicios con fechas de hasta seis meses antes de la fecha de inicio de su cobertura recibirán ayuda económica al 100 % para dichos saldos sin revisión ni más documentación del paciente sobre la

NÚMERO DE POLÍTICA: PFS.RI.1

PÁGINA 14 de 17

ASUNTO: AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

base de su posible incapacidad de pago.

Otros:

Generalmente, la determinación de que la estancia de un paciente califica para ayuda económica se tomará antes del ingreso, durante el ingreso o lo antes posible después del ingreso. Un consejero financiero estará disponible para asistir a los pacientes con la liquidación de sus cuentas, incluyendo solicitudes de ayuda económica, programas patrocinados por el gobierno y remisión a recursos externos. Sin embargo, en algunos casos, se podrá determinar la calificación para ayuda económica después de que se presten los servicios y, en algunas circunstancias, incluso después de que se entregue la factura. Los esfuerzos de cobro, incluyendo el uso de una agencia de cobros, son parte del proceso de recopilación de información y pueden dar lugar apropiadamente a la identificación de la elegibilidad para la ayuda económica.

Para la ayuda económica parcial que se otorga a pacientes que cumplan los criterios para ayuda benéfica, se usará un código de transacción "30060" en el sistema de facturación. Hasta que no se creen otros códigos de transacción, toda la demás ayuda económica otorgada al paciente usará el código "30070".

Como exige la ley del estado de California, AVMC le entrega al Departamento de Acceso a Atención Médica (Department of Health Care Access) (antes la Oficina de Planificación y Desarrollo de la Salud del Estado [Office of Statewide Health Planning and Development, OSHPD]) su política del Programa de Ayuda Económica y sus formularios de solicitud y su política de cobro de deudas al menos cada dos años el 1 de enero o cuando haya un cambio significativo. Si no hubo un cambio significativo desde que se dio la información, AVMC informa al Departamento de Acceso a Atención Médica de la falta de cambios.

Los médicos de emergencia que prestan servicios médicos de emergencia en AVMC también deben, por ley, ofrecer descuentos a pacientes sin seguro o pacientes con gastos médicos elevados que estén en el 400 % del FPL o por debajo de este. La FAP de AVMC no incluye los servicios profesionales que prestan nuestros médicos de emergencia u otros miembros del personal médico.

Requisitos de elegibilidad para la ayuda económica

La elegibilidad para recibir ayuda económica se basa en los ingresos, con una escala variable. Se ofrecerá ayuda benéfica a los pacientes cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores al 400 % del FPL del año en curso.

Las directrices para determinar la elegibilidad para la ayuda económica se aplicarán de manera uniforme. Para determinar la elegibilidad de un paciente para recibir la ayuda económica, los consejeros financieros de AVMC asistirán al paciente (incluyendo la remisión a recursos externos) en la determinación de si es elegible para

Los procedimientos y las políticas de AVMC pueden consultarse desde el administrador de políticas, al que se puede ingresar desde el Portal de AVMC

NÚMERO DE POLÍTICA: PFS.RI.1

PÁGINA 15 de 17

ASUNTO: AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

programas patrocinados por el gobierno y lo educarán y ayudarán para que entienda las coberturas de seguro que se ofrecen mediante el Intercambio de Seguros Médicos Covered California.

Proceso de solicitud de ayuda económica

Las solicitudes de ayuda económica pueden pedirse:

- (1) En persona en la ventanilla de caja
- (2) Por teléfono al (661) 949-5781
- (3) <https://www.avmc.org/finforms>

La Política de ayuda económica (“FAP”) se puede conseguir en:

<https://www.avmc.org/finforms>

La solicitud especifica cierta información que se debe presentar con la solicitud. AVMC podrá verificar de manera independiente esta información para asegurar que esté completa y correcta. Si se recibe una solicitud de ayuda económica y se considera incompleta, se le enviará un aviso por escrito al paciente/garante en el plazo de 15 días desde la recepción de la solicitud incompleta para pedirle que envíe la información faltante en el plazo de 30 días desde la fecha del aviso. El aviso de aprobación o denegación de una solicitud normalmente se le envía al paciente en el plazo de 30 días desde la recepción de la solicitud.

Cuando se evalúa la elegibilidad para recibir ayuda benéfica o pago con descuento, el hospital puede exigir al paciente que participe en una evaluación de elegibilidad de Medi-Cal. Además, se espera que el paciente coopere con AVMC en la revisión de opciones asequibles de cobertura de seguro que se ofrecen mediante el Intercambio de Seguros Médicos Covered California. Si el paciente elige no adquirir cobertura de seguro mediante el Intercambio de Seguros Médicos Covered California y no califica para Medicaid, el paciente tendrá que presentar un Formulario de solicitud de ayuda económica. Se exige la cesión a AVMC de todos los pagos del seguro, incluyendo acuerdos por responsabilidad, hasta la cantidad de los cargos brutos en la factura del paciente.

Las denegaciones de ayuda económica se pueden apelar. Las apelaciones deben incluir una carta de apelación del paciente o parte con responsabilidad económica que solicita la reevaluación. La apelación también debe incluir documentos de apoyo que puedan demostrar la incapacidad de pago y que no hayan sido parte de la consideración inicial. Las apelaciones se remitirán al director de Servicios Financieros para Pacientes o a la persona designada, quien las revisará en el plazo de treinta

Los procedimientos y las políticas de AVMC pueden consultarse desde el administrador de políticas, al que se puede ingresar desde el Portal de AVMC

NÚMERO DE POLÍTICA: PFS.RI.1

PÁGINA 16 de 17

ASUNTO: AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

(30) días desde su recepción. Si el director de Servicios Financieros para Pacientes considera que necesita otra opinión para tomar una determinación, se le pedirá al director financiero que revise y asista con la determinación.

Período en el que se dará la ayuda económica aprobada

Una vez que se aprueba la ayuda económica para un paciente, se considerará que el paciente tiene esa aprobación para los servicios prestados por AVMC durante seis meses desde la fecha de aprobación inicial, excepto lo siguiente:

- Hay un cambio en la situación económica. Después de seis meses, el paciente tendrá que volver a solicitar la ayuda económica, y se tendrán que hacer las verificaciones correspondientes de la información.

Si un paciente recibe ayuda económica para una parte de su factura, y el paciente posteriormente no paga la parte restante de la factura, AVMC no revertirá la cantidad otorgada de ayuda económica.

Limitación de cargos

AVMC usará la metodología de Medicare o Medi-Cal prospectivo para determinar la cantidad generalmente facturada (AGB) para las cuentas de pacientes hospitalizados y ambulatorios para determinar la responsabilidad del paciente para personas que califican para la ayuda económica. La cantidad facturada no superará la AGB. AVMC limitará el pago previsto por los servicios médicamente necesarios prestados a un paciente que esté por debajo o en el 400 % del FPL, y que sea elegible conforme a la política de descuento o de pago con descuento, a la cantidad que el hospital esperaría recibir por la prestación de dichos servicios de Medicare o Medi-Cal, según cuál sea mayor.

Este documento (el Resumen en lenguaje sencillo) resume la Política de ayuda económica (FAP) de AVMC y no pretende dar una explicación completa de la FAP. Nuestros consejeros financieros están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., llamando al (661) 949-5000 para asistir a los pacientes con el proceso de solicitud de ayuda económica.

LA RESPONSABILIDAD POR LA REVISIÓN Y EL MANTENIMIENTO DE ESTA POLÍTICA SE ASIGNA A: Director financiero o persona designada

REVISADO Y APROBADO:

**ANTELOPE VALLEY MEDICAL CENTER
MANUAL DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE SERVICIOS FINANCIEROS
PARA PACIENTES**

NÚMERO DE POLÍTICA: PFS.RI.1

PÁGINA 17 de 17

ASUNTO: AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

Director financiero

FECHA: 5/29/26

Comité de Finanzas de la Junta Directiva

FECHA: 5/27/26

Junta Directiva

FECHA: 5/27/26

FECHA DE VIGENCIA: 11/30/22, 1/1/25

FECHAS DE MODIFICACIÓN: 2/1/2024, 1/29/25, 1/15/26, 5/27/26

FECHAS DE REVISIÓN: Consulte con el administrador de la política

REFERENCIAS CRUZADAS:

DOCUMENTOS ADJUNTOS:

- A. Resumen en lenguaje sencillo
- B. Solicitud de ayuda económica
- C. Programa de Ayuda Económica para Pacientes RI.1 – español