

|   |   |  |                          |                                    |
|---|---|--|--------------------------|------------------------------------|
| <b>Cargo:</b> AD – Política de asistencia financiera para pacientes |   |  |                          |                                    |
| <b>Nivel de política</b>  | <input checked="" type="checkbox"/>   | Nivel de sistema: fija las expectativas para todos los empleados de JMH  |                          |                                    |
|   | <input type="checkbox"/>  | Nivel de entidad: fija las expectativas para empleados en <u>múltiples departamentos</u> dentro de una o más entidades |                          |                                    |
|   | <input type="checkbox"/>  | Nivel de departamento: fija las expectativas para empleados en <u>un solo</u> departamento dentro de uno o más centros |                          |                                    |
| <b>Departamento</b>   | <input type="checkbox"/>  |  |                          |                                    |
| <b>Entidad(es)</b>  | <input type="checkbox"/>  | Concord Medical Center (CMC)   | <input type="checkbox"/> | Walnut Creek Medical Center (WCMC) |
|   | <input type="checkbox"/>  | Physician Network (PN)   | <input type="checkbox"/> | Behavioral Health Center (BHC)     |
| <b>Tipo de documento</b>  | <input type="checkbox"/> Política <input type="checkbox"/> Procedimiento <input checked="" type="checkbox"/> Política y procedimiento |  |                          |                                    |

I. **Objetivo:**

Establecer criterios claros y un proceso justo para proporcionar asistencia financiera para pacientes que (i) requieren Servicios hospitalarios medicamente necesarios y (ii) tienen medios limitados o ningún medio para pagar dicha atención. Esta política fue diseñada para cumplir con la Ley de cargos hospitalarios justos de California (California Hospital Fair Pricing Law) (Código de salud y seguridad de California, § 127400 y subsiguientes) Ley sobre prácticas justas en el cobro de deudas (California Fair Debt Collection Practices Act)(Código civil de California, 1788 y subsiguientes), Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos de los Estados Unidos (United States Internal Revenue Code) y las directrices de la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos respecto a la asistencia financiera para pacientes no asegurados y subasegurados.

**Definiciones:**

*Idioma designados:* Los Idiomas designados son inglés, español y cualquier otro idioma que sea hablado por más de 1.000 pacientes (incluidos pacientes hospitalizados y ambulatorios) que reciban atención en un hospital de John Muir Health [JMH] en un período de doce meses medido en la encuesta de idiomas más recientes realizada por el Departamento de mejoramiento de la salud comunitaria de JMH. Dicha evaluación será realizada y documentada al menos cada tres años a solicitud del departamento de Finanzas de JHM.

Familia: (1) Para personas de 18 años de edad y más, cónyuge, pareja doméstica, según se define en la Sección 297 del Código familiar, e hijos dependientes menores de 21 años, o de cualquier edad si son discapacitados, de acuerdo con la Sección 1614(a) de la Parte A del Título XVI de la Ley del seguro social (Social Security Act), ya sea que vivan en el hogar o no.

(2) Para personas menores de 18 años o para un hijo dependiente de 18 a 20 años de edad, incluidos, el padre/madre, familiares cuidadores y padres o familiares cuidadores de otros hijos dependientes menores de 21 años, o de cualquier edad si son discapacitados, de acuerdo con la Sección 1614(a) de la Parte A del Título XVI de la Ley del seguro social.

Emergencia de atención médica: El Director financiero de JMH o la persona que designe puede designar una “Emergencia de atención médica” según esta Política cuando él/ella determine a su criterio que circunstancias extraordinarias y urgentes justifican una expansión temporal de la asistencia financiera según esta Política.

Servicio hospitalario: Un servicio hospitalario es un servicio que (a) es provisto por un Hospital de JMH en un entorno de internación o ambulatorio con licencia del hospital y (i) es facturado por un Hospital de JMH. Este término no incluye (i) servicios profesionales de médicos o profesiones de práctica avanzada facturables por separado o (ii) servicios provistos por una persona o instalación fuera de un hospital con licencia.

Medicamento necesario: Un servicio médicamente necesario es aquel que (i) es absolutamente necesario para tratar o diagnosticar un paciente, (ii) puede afectar adversamente el estado de un paciente si no se presta y (iii) no se considera una intervención o tratamiento electivo o cosmético. Se presume que los servicios prestados dentro del hospital son necesarios médicamente hablando, a menos que el proveedor remitente proporcione una certificación de que los servicios hospitalarios en cuestión no eran médicamente necesarios.

Plan de pago razonable: Un Plan de pago razonable es aquel que incorpora pagos mensuales al Hospital que no suponen más del 10 por ciento del ingreso familiar de un paciente para un mes (después de haber descontado los Gastos de vida básicos de dicho ingreso) y excluye cualquier cobro de interés sobre el saldo no pagado. “Gastos básicos de vida” significa, para los fines de esta definición, gastos por cualquiera de lo siguiente: pago de renta o vivienda y manutención, alimentos y productos del hogar, servicios básicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguro, escuela o cuidado infantil, pensión de menores o pensión alimenticia para cónyuges, transporte y gastos de automóvil, incluido seguro, gasolina y reparaciones, pagos a plazos, lavandería y limpieza y otros gastos extraordinarios.

Paciente de autopago: Un paciente que (i) tiene un ingreso familiar igual o inferior a 400 % de las Pautas Federales de Pobreza (FPG por sus siglas en inglés) y (ii) carece de cobertura de terceros para los Servicios Hospitalarios específicos prestados. Un paciente que tiene cobertura de tercero para ciertos servicios hospitalarios calificará como Autopago (Self-Pay) para aquellos servicios hospitalarios que caen fuera del alcance de la cobertura del paciente (incluido, sin limitación Servicios hospitalarios no cubiertos, días denegados, estadías denegadas). Por el contrario, un paciente que carece de la cobertura de un seguro médico general no calificará para auto pago si tiene una fuente específica de pago por la afección que da lugar a los Servicios Hospitalarios (por ejemplo, compensación laboral, seguro de automóvil).

Paciente subsegurado: Un paciente que (i) tiene un ingreso familiar equivalente al 400 % o menos del Nivel de pobreza federal (FPL); (ii) cobertura de terceros para el Servicio hospitalario médicamente necesario prestado (es decir, no es un paciente de Autopago respecto al Servicio hospitalario

médicamente necesario prestado); y (iii) (iii) tiene gastos médicos agregados de pago de bolsillo de todas las fuentes en los doce (12) meses anteriores que exceden 10 % del valor proyectado del ingreso Familiar actual del paciente o del ingreso real de la Familia durante los 12 meses anteriores, el que sea menor.

*Paciente calificado financieramente:* Un paciente subsegurado o un paciente con altos costos médicos después del seguro que están en el 400 % o menos del Nivel de pobreza federal según se define en la subdivisión (b) de la Sección 127400.

*Atención de caridad:* Significa atención gratuita. Los pacientes subsegurados o los pacientes con costos médicos altos que están en el 400 por ciento o menos del nivel de pobreza federal, según se define en la subdivisión (b) de la Sección 127400 serán elegibles para participar según la política de atención de caridad del hospital.

*Pago con descuento:* Significa cualquier cargo por atención que sea reducido pero no gratuito. Una política de pago con descuento incluirá un plan de pago extendido para permitir el pago del precio descontado en el tiempo. La política dispondrá que el hospital y el paciente deban negociar las condiciones del plan de pago y se tome en cuenta el ingreso familiar del paciente y los gastos básicos de vida. Un hospital también puede considerar la disponibilidad de la cuenta de ahorro de salud de un paciente cuyo titular sea el paciente o la familia del paciente. Si el hospital y el paciente no pueden acordar un plan de pago, el hospital usará la fórmula descrita en la subdivisión (i) de la Sección 127400 para crear un plan de pago razonable. JMH usará esta definición para denegar solicitudes de caridad para ingresos familiares que superen el 400 % de las pautas de pobreza federal y establecerá los acuerdos de pago en una carta de determinación para el paciente.

## II. Política:

**Alcance general:** Esta política está diseñada para proporcionar asistencia a pacientes que (i) requieren Servicios hospitalarios médicamente necesarios, (ii) tienen un ingreso familiar del 400 % o menos del Nivel de pobreza federal (FPL) actual y (iii) son pacientes de autopago o pacientes subsegurados. Esta política y los criterios de selección financiera se aplicarán de forma consistente a todos los casos en JMH. Todas las decisiones tomadas según esta Política, incluida la decisión de otorgar o denegar asistencia financiera, se basará en una determinación individualizada de necesidad financiera y no tomará en cuenta la raza, color, origen nacional, ciudadanía, religión, credo, género, preferencia sexual, edad o discapacidad.

A. **Exclusiones:** Esta política aborda la asistencia financiera solo para Servicios hospitalarios médicamente necesarios. Excluye explícitamente (i) Servicios hospitalarios que no son médicamente necesarios, (ii) servicios distintos a los servicios hospitalarios, y (iii) servicios profesionales facturables por separado proporcionados en el Hospital (incluso cuando son médicamente necesarios). Por último, esta política no sea aplicará si el paciente o u otra parte responsable (i) no proporciona la información indicada en esta política después de solicitudes razonables de JMH y (ii) proporciona información falsa respecto a la elegibilidad financiera.

### B. Servicios profesionales:

1. **General:** Como se mencionó anteriormente, esta Política no proporciona asistencia financiera para servicios facturables por separado de médicos y profesionales de práctica avanzada que brindan atención en el hospital. En cambio, dichos

profesionales eligen independientemente si desean ofrecer asistencia financiera (y si así, las condiciones bajo las que se ofrecerá dicha asistencia). JMN mantendrá una lista de cada médico acreditado y profesional de practica avanzada que atienda en el Hospital (“Lista de profesionales”) e indicará por separado para cada profesional identificado si él o ella ha aceptado obligarse por los términos de esta política. La Lista de profesionales se actualizará trimestral mente, indicando la fecha en que se actualizó por última vez, y estará disponible en internet y en cualquier lugar donde se coloque esta Política o se ponga en papel o en una copia sin cargo. La lista estará disponible una vez que se envíe una solicitud al Director de servicios financieros para pacientes (Director of Patient Financial Services) o al Director ejecutivo de ciclo de ingresos, 5003 Commercial Circle, Concord, CA 94520.

Debe destacarse, sin embargo, que un médico de emergencia que preste servicios médicos de emergencia en un hospital JMH (o no perteneciente a JMH) está obligado a hacer descuentos a pacientes subasegurados o pacientes con altos costos médicos que tengan un ingreso familiar del 400 % o menos del Nivel de pobreza federal. Esto es así independientemente de si el médico de emergencia y su consultorio ha aceptado específicamente obligarse por esta política.

- C. **Limitación de cobros:** A los pacientes calificados financieramente o pacientes subasegurados que reciben servicios hospitalarios médicamente necesarios se les pedirá pagar no más del pago de Medicare o Medi-Cal por el servicio prestado. Sin embargo, según los términos de esta política, a ningún paciente considerado elegible para Asistencia financiera se le facturarán cargos por Servicios elegibles mientras estén cubiertos por esta política.

### III. Procedimiento:

#### A. Comunicación de la Política de asistencia financiera

1. A los pacientes se les proporcionará un folleto y un resumen en lenguaje sencillo que detallen nuestra Política de asistencia financiera en los idiomas designados indicando lo siguiente: (i) la asistencia ofrecida según esta política, (ii) los criterios de elegibilidad para la asistencia, (iii) cómo solicitar la asistencia, (iv) la dirección del sitio web y la ubicación física para obtener por correo una copia de esta política y un formulario de solicitud de asistencia financiera, (v) información de contacto (incluido número de teléfono y ubicación física), (vi) el hecho de que a los pacientes elegibles para asistencia según esta política no se les pueda cobrar más de la tarifa por servicio de Medicare permitida para servicio hospitalario médicamente necesarios, (vi) el hecho de que esta política, el resumen en lenguaje sencillo y el formulario de solicitud están disponibles en los idiomas designados.

2. El folleto y el resumen en lenguaje sencillo se darán a los pacientes en los Idiomas designados al momento del servicio cuando dichos pacientes (i) estén en el Departamento de admisión, Departamento de emergencia, Registro de pacientes, Servicios financieros para pacientes u otro entorno hospitalario ambulatorio donde a los pacientes se les puedan facturar servicios hospitalarios incluso aunque no sean internados y (ii) no parezcan tener cobertura de terceros.
3. Se colocará un aviso en los Idiomas designados en lugares destacados a través del Hospital, incluido el Departamento de ingresos, Departamento de emergencia, Registro de pacientes, Servicios financieros para pacientes u otros entornos hospitalarios ambulatorios donde se pueda facturar a los pacientes por los Servicios hospitalarios incluso aunque no sean internados.
4. El folleto y el resumen en lenguaje sencillo también estarán disponibles en los Idiomas designados en el sitio web de John Muir Health.
5. Los pacientes recibirán información sobre esta política en sus estados de cuenta y cartas de medidas de cobro.
6. Se pueden usar otros lugares para educar e informar a la población de pacientes al paciente y médicos de la disponibilidad del programa de Asistencia financiera para pacientes si se considera apropiado.

## **B. Determinación de la elegibilidad**

### **1. Pacientes sin cobertura de terceros:**

Si el paciente no indica cobertura de un tercero pagado, o solicita asistencia financiera, se debería analizar la elegibilidad del paciente para el programa Medi-Cal, proporcionarle una solicitud para el programa Medi-Cal, el programa Familias saludables (Healthy Families), cobertura ofrecida a través del intercambio de beneficios de salud de California ( California Health Benefits Exchange), Servicios para niños de California (California Children's Services, CCS) u otro programa de cobertura de salud financiado por el estado o el condado antes de que el paciente abandone el hospital. También se debería dar al paciente una referencia a Health Consumer Center, Bay Area Legal Aid, 1735 Telegraph Ave, Oakland, CA 94612; (855) 693-7285, <http://healthconsumer.org/index.php?id=446>, u otra agencia según sea aplicable.

- a. Completar una solicitud para estos programas no es un requisito para la selección y aprobación para Asistencia financiera si los pacientes cumplen otros criterios de elegibilidad.
- b. A todos los pacientes subasegurados se les ofrecerá la oportunidad de completar una Solicitud para asistencia financiera para pacientes. El formulario estará disponible en cada uno de los Idiomas designados. La Solicitud de asistencia financiera para pacientes se usará para determinar la elegibilidad de un paciente para programas gubernamentales locales, estatales o federales así como para asistencia según esta Política. Un paciente que busca asistencia según esta política debe completar la Solicitud y se verificará el ingreso familiar. La evaluación de la elegibilidad será realizada por JMH o su designado. Es la responsabilidad del paciente cooperar en el proceso de recopilación de

información.

2. El solicitante debe proporcionar la documentación de ingresos limitada al período de tiempo en el cual se factura por primera vez al paciente o doce (12) meses antes de la fecha en la cual se facturó por primera vez al paciente. La documentación de los ingresos serán i) declaraciones de impuestos sobre la renta, o (ii) recibos de pago recientes [los talones de pago recientes son talones de pago de un período de seis (6) meses antes o después de que el hospital le facture por primera vez al paciente, o en el caso de un servicio previo, cuando se presente la solicitud]. La documentación de ingresos enviada a JMH para solicitar asistencia financiera según esta Política no se usará para actividades de cobro.

- a. JMH revisará las solicitudes de asistencia financiera de pacientes una vez al mes para su aprobación.
- b. Un paciente sin cobertura de terceros (y no elegible para cobertura según los programas estatales, del condado y otros), tendrá derecho a servicios hospitalarios médicamente necesarios gratuitos según esta Política si la suma de lo siguiente es del 400 % o menos del FPL.

Los ingresos familiares del Paciente se basarán en la documentación descrita en la anterior sección 2, para cada Miembro de la Familia.

- c. Los saldos aprobados se enviarán para hacer un ajuste o reducción a un código de transacción asignado a la Asistencia Financiera para Pacientes y vendrán después de la autorización firmada en conformidad con las Pautas de Cancelación de JMH.
- d. John Muir Health pasa un archivo a través de una herramienta reconocida a nivel nacional, Experian, de todos los saldos de autopago (no asegurados) antes de enviar la cuenta de un paciente a deudas incobrables. El archivo usa el número del seguro social y la información demográfica del paciente para obtener su puntuación FPG [Pautas Federales de Pobreza]. Para todos los saldos de autopago de servicios hospitalarios médicamente necesarios que indiquen que el ingreso familiar de 400 % o menos, se genera un archivo y se informa a John Muir Health. Tras la validación de que el paciente no tiene Medi-Cal, el 100 % del saldo se ajusta o reduce como presunta Caridad.

Para pacientes que se presenten como sin hogar que no tiene una dirección activo y que no proporcione suficiente información para obtener su puntuación FPG, el saldo de su cuenta se condonará a Caridad presunta.

### 3. Pacientes con cobertura de terceros.

- a. Los pacientes con cobertura de terceros que tengan costos médicos significativos de su bolsillo serán evaluados para determinar si califican como Pacientes que poseen un Seguro insuficiente. Cuando el paciente solicite asistencia financiera, se le informará de los criterios para calificar como Paciente subasegurado según esta Política y de la necesidad de proporcionar comprobantes de gastos por cualquier servicio médico prestado por otros proveedores en los últimos doce meses. Será decisión del paciente si ella o él deciden solicitar la asistencia. Sin embargo, el Hospital se asegurará de que toda la información relativa a la Política de asistencia financiera se haya proporcionado al paciente.
- b. Un paciente que busque asistencia según esta Política debe completar la Solicitud de asistencia financiera del paciente. Se verificará el ingreso familiar.
- c. La evaluación de la elegibilidad de acuerdo a esta Política será realizada por JMH o su designado. Es la responsabilidad del paciente cooperar en el proceso de recopilación de información. JMH revisará las solicitudes de asistencia financiera de pacientes una vez al mes para su aprobación.
- d. JMH renunciará a cualquier gasto de su bolsillo que tenga que pagar por Servicios Hospitalarios Médicamente Necesarios prestados a un Paciente que tenga un Seguro Insuficiente si el paciente cumple o está por debajo de 400 % de las Pautas Federales de Pobreza y el paciente tiene gastos médicos de su bolsillo en los doce (12) meses anteriores que excedan 10 % del menor del valor proyectado del ingreso Familiar actual del paciente o del ingreso real de la Familia durante los 12 meses anteriores.
  - i. El solicitante debe proporcionar la documentación de ingresos limitada al período de tiempo en el cual se factura por primera vez al paciente o doce (12) meses antes de la fecha en la cual se facturó por primera vez al paciente. La documentación de los ingresos serán i) declaraciones de impuestos sobre la renta, o (ii) recibos de pago recientes [los talones de pago recientes son talones de pago de un período de seis (6) meses antes o después de que el hospital le facture por primera vez al paciente, o en el caso de un servicio previo, cuando se presente la solicitud]. Los pacientes que tienen seguro deben proporcionar (iii) evidencia de los gastos médicos de su bolsillo que sean relevantes para determinar si un paciente tiene un Seguro que sea Insuficiente. La documentación de ingresos enviada a JMH para solicitar asistencia financiera según esta Política no se usará para actividades de cobro.
  - ii. Información sobre los fondos de la cuenta de ahorros de salud (Health Saving Account, HSA) que el paciente/la familia pueda tener disponible para usar en gastos de atención médica.
- e. Los saldos aprobados se enviarán para hacer un ajuste o reducción a un código de transacción asignado a la Asistencia Financiera para Pacientes y vendrán después de la autorización firmada en conformidad con las Pautas de Cancelación de JMH.

### C. Proceso de revisión:

1. Los requisitos anteriores serán revisados y aplicados uniformemente en JMH al tomar una determinación sobre el caso de cada paciente.
2. La información recopilada en la Solicitud de asistencia financiera del paciente podría ser verificada por JMH. La firma del paciente en la Solicitud de asistencia financiera del paciente certificará que la información contenida en el formulario es correcta y completa.
3. Cualquier paciente, o representante legal del paciente, que solicite atención de caridad o con descuento según esta política deberá hacer todo esfuerzo razonable para entregar a JMH la documentación de ingresos y de toda la cobertura de beneficios de salud. El no proporcionar información podría resultar en la denegación de asistencia financiera.
4. En el caso de servicios hospitalarios de internación, se requerirá la Solicitud de asistencia financiera del paciente cada vez que el paciente sea internado y es válida para la admisión actual más aplicación retroactiva por cualquier deuda con los Servicios hospitalarios. En el caso de Servicios hospitalarios ambulatorios, la Solicitud de asistencia financiera del paciente debe enviarse cada seis meses.
5. A los pacientes se les notificará por escrito la aprobación o la razón para la denegación de la asistencia financiera así como de sus derechos de apelación. (Vea la sección de Apelaciones/Procedimientos de informes). Dicha notificación se realizará en los idiomas designados.
6. Los montos específicos de la responsabilidad de pago por descuentos requerirán que se determine y se fije el precio del episodio de la atención o plan de tratamiento para permitir la precisión de los informes del reembolso del programa federal de atención médica. Para los pacientes que tengan un Seguro insuficiente, puede ser necesario esperar hasta que el pagador haya procesado el reclamo para determinar la responsabilidad financiera del paciente.
7. Los montos de responsabilidad del paciente del programa Medicare se tratarán sin discriminación y avanzarán a los procesos de cobro a la primera agencia de cobro donde continuarán los esfuerzos por obtener el cobro del paciente. Tras 120 días, si no se ha cobrado, la cuenta volverá a JMH para ajuste a cero para su inclusión en el proceso de Informe de costo Medicare según lo definido por las normas federales.
8. La aprobación de Medi-Cal al programa estatal usa el 400 % de las pautas de pobreza federales. Los montos de Porción del costo (Share of cost) que el paciente no pague se considerarán calificados para asistencia financiera por merito de ser aprobados al programa por los servicios. La Porción del costo del programa Med-Cal es de autopago y pueden considerarse en el proceso de solicitud.

#### **D. Prácticas de facturación y cobro al paciente:**

1. A los pacientes que no hayan proporcionado prueba de cobertura por un tercero en o antes de la atención se les entregará un estado de cuenta de cargos por servicios hospitalarios (“Declaración de cargos” [Statement of charges]). La Declaración de cargos incluirá (i) una declaración de cargos por los Servicios hospitalarios prestados, (ii) una solicitud para proporcionar al Hospital información de seguro médico o de cobertura de terceros y (iii) una copia del Resumen. La Declaración también indicará que si el paciente no tiene cobertura de seguro médico, él o ella podría ser elegible para Medi-Cal, el programa Familias saludables (Health Families), cobertura ofrecida a través del Intercambio de beneficios médicos de California (California Health Benefit Exchange), los Servicios para niños de California (California Children’s Services), otra cobertura de salud financiada por el gobierno o asistencia financiera de acuerdo a esta política. Por último, la Declaración indicará que (i) el Hospital proporcionará solicitudes para dicha cobertura y asistencia, (ii) el teléfono y la dirección física donde pueden obtenerse dichas solicitudes y (iii) el teléfono e información de contacto para el centro de asistencia al consumidor local en la Oficina de servicios legales de la comunidad.
2. Antes de ser enviado a cobros, el paciente recibirá una carta entregada detallando las cuentas que se enviarán a cobro y sus opciones de pago antes de que ocurra esto. La carta especificará (i) las fechas de servicio para la atención básica, (ii) la entidad que realizará los cobros, (iii) cómo obtener una cuenta desglosada del hospital, (iv) la entidad que se encargará de los cobros, (v) la cobertura de salud para el paciente registrado al momento del servicio (o ausencia de cobertura), (vi) la solicitud de asistencia financiera del Hospital, (vii) la fecha o fechas en que se entregó previamente información para solicitar asistencia financiera y (viii) la fecha de determinación sobre solicitudes de asistencia previas.
3. El hospital o sus agencias de cobro contratadas deben enviar un aviso especificando lo siguiente al menos treinta (30) días antes de iniciar la acción de cobro:

Las actividades de cobro que el hospital o la agencia de cobro contratada pueden tomar y el cronograma probable en que se realizarán. Esta información se incluirá en la carta de transferencia que se envía antes de que la cuenta del paciente pase a cobros. Los pacientes pueden solicitar información respecto a la Política de asistencia financiera para pacientes verbalmente o por escrito y se proporcionará al paciente una Solicitud de asistencia financiera para pacientes. La correspondencia escrita con el paciente se realizará en el idioma designado.
4. Si el paciente intenta calificar para asistencia según esta Política y está intentando de buena fe para liquidar cualquier cuenta pendiente, el Hospital no enviará la cuenta impaga a una agencia de cobro u otro organismo designado a menos que la entidad haya accedido a cumplir con esta política. En cualquier caso, al paciente se le dará una oportunidad razonable para completar el proceso de solicitud antes de que se tomen medidas de cobro adicionales.

5. Si el paciente tiene pendiente una apelación de cobertura del Servicio hospitalario médicamente necesario por un tercero pagador y hace esfuerzos razonables por mantener informado a JMH, entonces JMH suspenderá cualquier medida de cobro hasta que finalice la apelación o el paciente no proporcione actualizaciones oportunas respecto a la apelación.

Si un paciente recibe un pago por acuerdo, sentencia o adjudicación judicial bajo una acción de un tercero responsable que incluya el pago de servicios de atención médica o tratamiento médico relacionado con la lesión, JMH podrá requerir al paciente o garante que reembolse al hospital por los costos de atención médica relacionados prestados hasta el monto adjudicado razonablemente para dicho fin.

6. Los pacientes deben informar prontamente a JMH sobre cualquier cambio en su información financiera.
7. La información respecto a los ingresos familiares del paciente no se usará para los esfuerzos de cobro.
8. Antes de postergar o denegar la atención médicamente necesaria debido al no pago de cuentas previas, JMH debe proporcionar un aviso escrito de que existe Asistencia financiera para aquellas personas que califiquen.
9. La Oficina comercial única (Single Business Office) es el departamento de JMH con autoridad para determinar si el Hospital ha hecho los esfuerzos razonables para evaluar si un paciente es elegible para asistencia según esta política antes de comenzar las acciones de cobro.
10. Antes de iniciar acciones de cobro contra un paciente que es elegible para asistencia financiera según esta Política, el Hospital o nuestras agencias de cobro contratadas entregarán un aviso que (i) contiene una declaración de que puede acceder a una asesoría de crédito sin fines de lucro, (ii) incorpore un resumen de los derechos del paciente y (iii) la declaración siguiente: "La legislación estatal y federal exige que los cobradores de deudas lo traten de manera justa y prohíbe a los cobradores de deudas hacer declaraciones falsas o amenazas de violencia, usando lenguaje obsceno o profano, y mantener comunicaciones indebidas con terceros, incluido su empleador. Excepto en circunstancias inusuales, los cobradores de deudas no podrán contactarlo antes de las 8:00 AM o después de las 9:00 PM." En general, un cobrador de deudas no podrá dar información sobre su deuda a otra persona que no sea su abogado o cónyuge. Un cobrador de deudas podrá comunicarse con otra persona para confirmar su ubicación o ejecutar una resolución judicial. Para obtener más información sobre las actividades de cobro de deudas, puede ponerse en contacto con la Comisión federal de comercio (Federal Trade Commission) por teléfono a 1 877-FTCHELP o en línea a [www.ftc.gov](http://www.ftc.gov). Los avisos anteriores también deberán incluirse en cualquier comunicación con el paciente indicando que podrían empezar las actividades de cobro.

11. Ni JMH ni sus agencias de cobranza contratadas impondrán embargos de sueldo o gravámenes sobre propiedades inmobiliarias. Este requisito no impide que JMH busque el reembolso de los acuerdos de terceros u otras partes legalmente responsables. Las agencias que ayudan al Hospital y pueden enviar una declaración al paciente deben firmar un acuerdo por escrito en que se comprometen a respetar los estándares del Hospital respecto a las cobranzas a pacientes.

La agencia también debe aceptar:

- a) No reportarle información adversa a una agencia de informes crediticios del consumidor. Tampoco pueden iniciar una acción civil contra el paciente por falta de pago en momento alguno antes de los 180 días posteriores a la facturación inicial.
- b) Suspender cualquier esfuerzo de cobro extraordinario si el paciente ha presentado una Solicitud de asistencia financiera pendiente.
- c) No imponer gravámenes sobre propiedades inmobiliarias.
- d) Cumplir todos los requisitos identificados en la Ley de cargos hospitalarios justos de California, el artículo 127400 y subsiguientes del Código de salud y seguridad y el Código de ingresos internos 501(r) y la Ley de prácticas justas de cobranza de deudas de California (artículo 1788 y subsiguientes del Código Civil de California).
- e) Cumplir con la definición y aplicación de un Plan de pago razonable, según lo definido en la Sección Definiciones anterior.

En el caso de que a un paciente se le cobre de más por un monto superior a 5,00 \$, el Hospital le reembolsará al paciente el monto cobrado de más con un interés de 10 % (Artículo XV, Sección 1 de la Constitución de California), calculado a partir de la fecha en que se identifique el sobre pago. Por otra parte, JMH no está obligada a reembolsar pagos al paciente si han pasado cinco [5] años o más desde el último pago al hospital, entidad designada del hospital, de acuerdo con la ley estatal en efecto al momento de la deuda, y si fue antes del 1 de enero de 2022. Los reembolsos se deben pagar al cliente en los 30 días posteriores a la determinación realizada.

12. A un paciente no se le denegará asistencia financiera que hubiera estado disponible de conformidad con la política publicada en el sitio web del Hospital al momento en que se facturó al paciente por primera vez.

**E. Apelaciones Procedimientos de informe: Responsabilidad:**

Servicios financieros para pacientes

1. En el evento de una disputa o denegación, un paciente puede intentar que sea revisada por el Director de Servicios financieros para pacientes. El Director de finanzas (CFO) del Hospital o la persona que designe revisará una apelación de segundo nivel.
2. Esta política, el Resumen y la Solicitud de asistencia financiera para pacientes se entregarán al Departamento de acceso a atención de salud e información (Department of Health Care Access and Information, DHCAI), al menos cada dos años el 1º de enero. Si se hacen revisiones significativas entre las dos presentaciones bianuales, debería hacerse una presentación bianual.
3. Si JMH no ha realizado una revisión significativa desde que proporcionó previamente las políticas y el formulario de información financiera, se notificará a DHCAI que no ha habido ninguna revisión significativa.
4. Al reportar datos relativos a la atención de caridad y con descuento, solo aquellas condonaciones y descuentos proporcionados según esta Política contarán para el cálculo del “beneficio para la comunidad” en el Formulario 990 presentado por JMH.

**F. Emergencia de atención médica:** Durante una Emergencia de atención médica, el Director financiero de JMH o la persona que designe podrán modificar temporalmente los términos de esta Política para expandir la disponibilidad de asistencia financiera. Todas esas enmiendas se documentarán por escrito especificando la fecha de entrada en efecto y la fecha de terminación (entendiendo que el establecimiento y la documentación de la fecha de terminación pueden ocurrir en un aviso subsiguiente si no se conoce en la fecha de entrada en efecto). JMH hará los esfuerzos razonables según las circunstancias para comunicar al público los términos y la duración de dicha enmienda. Sin embargo, se entenderá que las demandas de una emergencia podrían no permitir la comunicación a través de todos los canales descritos en la Sección III A y otras partes de esta Política. En el plazo de diez (10) días desde la implementación de las enmiendas temporales materiales a esta Política según esta subsección, el Director financiero de JMH o la persona que designe entregarán un aviso por escrito al Presidente de la Junta de JMH y al Presidente del Comité de finanzas de JMH resumiendo los términos, fecha de entrada en efecto y fecha de terminación (si se conoce) de dicha enmienda.

**IV. Educación de pacientes/familias**

Proporcionado mediante publicación de esta política en el sitio web de JMH, educación directa de las personas designadas por JMH e información publicada según se establece en esta Política.

**V. Documentación: N/C**

|  |                |
|--|----------------|
| <b>Referencia/Reglamentos:</b>   |                |
| Ley de cargos hospitalarios justos de California (artículo 127350 y subsiguientes del Código de salud y seguridad), Sección 501(r) del Código de rentas internas de los Estados Unidos, Ley de prácticas justas de cobranza de deudas de California (artículo 1788 y subsiguientes del Código Civil de California), AB2297 |                |
| <b>Reemplaza:</b>  |                |
| <b>Nombre y cargo del patrocinador principal:</b>  |                |
| Gretta Senegal, la Directora del Ciclo de Ingresos Hospitalarios y Facturación de los Médicos  |                |
| <b>Nombre y cargo del propietario(s):</b>  |                |
| Gretta Senegal, la Directora del Ciclo de Ingresos Hospitalarios y Facturación de los Médicos  |                |
| <b>Registro de fechas de revisión</b>  |                |
| <b>Enumerar revisiones de partes interesadas, comité, personal médico, etc.: (con fechas de aprobación)</b>  |                |
| Jeff Smith, Responsable Septiembre 2025  |                |
| <b>Fecha de origen:</b>  | Diciembre 2006 |

|   |                      |  |
|---|----------------------|--|
| <b>Registro de fechas de aprobación: documentos de nivel de sistema o entidad</b> |                      |  |
| <b>PPRC:</b> Directo a la Junta   |                      |  |
| <b>JMPN:</b> Directo a la Junta   |                      |  |
| <b>MEC - BHC:</b> N/C   | <b>MEC - WC:</b> N/C | <b>MEC - CC:</b> N/C   |
| <b>Reunión de rendimiento del sistema:</b>  | Directo a la Junta   | <b>Junta</b> 12/06, 11/09, 02/12, 1/16, 3/25/20, 10/27/21, 9/21/22, 7/26/23, 9/24/25 |