

PFS.RI.1-ATTACHMENT C
PATIENT FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM RI.1 - SPANISH
ANTELOPE VALLEY MEDICAL CENTER
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y POLÍTICA DE SERVICIOS DE AYUDA
ECONÓMICA PARA PACIENTES

NÚMERO DE POLÍTICA: PFS.RI.1

PÁGINA 1 DE 20

ASUNTO: PROGRAMA DE AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

REFERENCIAS: Declaración 15 del directorio de HealthCare Financial Management Association sobre principios y prácticas, “Evaluación y presentación de estados financieros de atención benéfica y deudas incobrables” EMTALA, Código de los Estados Unidos, Título 42
Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio y Protección del Paciente (Patient Protection and Affordable Care Act)
Requisitos del 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 (Hospitals Fair Pricing Policies)
California AB 1503
California AB 1276
Código de Salud y Seguridad de California, sección 127425
California AB 532

FINALIDAD: Establecer una Política de ayuda económica (FAP) y asegurar 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; y
- 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 denominados “AVMC”). La política también se proporcionará 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 tal vez no tengan suficientes recursos económicos para pagar los servicios.

Definiciones

•*AGB (Amounts Generally Billed)* – Cantidades normalmente facturadas es la cantidad máxima que se les puede cobrar a los pacientes que califiquen para la ayuda económica o según lo permita esta política. Este término se define en más detalle en la sección “Limitación de cargos” más abajo.

PFS.RI.1-ATTACHMENT C
PATIENT FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM RI.1 - SPANISH
ANTELOPE VALLEY MEDICAL CENTER
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y POLÍTICA DE SERVICIOS DE AYUDA
ECONÓMICA PARA PACIENTES

NÚMERO DE POLÍTICA: PFS.RI.1

PÁGINA 2 DE 20

ASUNTO: PROGRAMA DE AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

- *Período de solicitud* – El período durante el que AVMC debe aceptar y procesar una solicitud de ayuda económica según la FAP. El período de solicitud comienza en la fecha del primer estado de cuenta después del alta.
- *Gastos diarios esenciales* – Gastos por cualquiera de los siguientes conceptos: pagos de alquiler o vivienda y mantenimiento, comida y suministros para el hogar, servicios públicos y telefonía, ropa, pagos de atención médica y dental, seguro, escuela o guardería, manutención infantil o pensión conyugal, gastos de transporte y del automóvil, incluyendo seguro, combustible y reparaciones, pagos de cuotas, lavandería y limpieza y otros gastos extraordinarios.
- *Acciones extraordinarias de cobro* – Acciones que AVMC toma contra una persona para obtener el pago de una factura de servicios de atención médica prestados por AVMC, que requieren un proceso legal o judicial, conllevan la venta de la deuda de una persona a otra parte o conllevan el reporte de información adversa sobre una persona a agencias de reporte crediticio de consumidores u oficinas de crédito. Las directrices específicas relacionadas con embargos de sueldos y el aviso o formalización de la venta de la residencia primaria de un paciente están establecidas en la legislación de California. La presentación de un reclamo en un procedimiento de quiebra no se considera una acción extraordinaria de cobro.
- *FPL (Federal Poverty Level)* – El nivel federal de pobreza para el año en curso puede obtenerse del siguiente sitio web: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.
- *Plan ampliado de pagos o EPP (Extended Payment Plan)* – Un plan negociado entre un paciente y AVMC para permitir el pago de un precio con descuento a lo largo de un período.
- *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 coherente y uniforme a todos los pacientes antes de que se apliquen asignaciones, descuentos o deducciones contractuales.
- *Grupo familiar o Familia* – En pacientes de más de 18 años, el grupo familiar o familia incluye el cónyuge o pareja de hecho del paciente y sus hijos dependientes menores de 21 años, vivan en su casa o no. En pacientes de menos de 18 años, la familia incluye el padre, la madre o el pariente cuidador del paciente y otros hijos (menores de 21 años) del padre, la madre o el pariente cuidador.
- *Ingresos* – Los ingresos incluyen salario y sueldo, ingresos por intereses, ingresos por dividendos, compensación de trabajadores, pagos por discapacidad, compensación por desempleo, ingresos comerciales, ingresos agropecuarios, alquileres y regalías, herencia, subsidios de huelga y pagos de pensión alimenticia. Los ingresos también se definen como pagos del estado por custodia o tutela legal.

PFS.RI.1-ATTACHMENT C
PATIENT FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM RI.1 - SPANISH
ANTELOPE VALLEY MEDICAL CENTER
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y POLÍTICA DE SERVICIOS DE AYUDA
ECONÓMICA PARA PACIENTES

NÚMERO DE POLÍTICA: PFS.RI.1

PÁGINA 3 DE 20

ASUNTO: PROGRAMA DE AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

- Período de notificación* – El período de notificación comienza en el primer episodio de atención y termina 120 días después de que AVMC entregue el primer estado de cuenta después del alta.
- Resumen en lenguaje sencillo* – Una declaración escrita en lenguaje claro, conciso y fácil de entender donde se informa a las personas de que AVMC ofrece un programa de ayuda económica y se describe dicho programa.
- 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 a los fines de la compensación de trabajadores, seguro de automóvil u otro seguro o fuente según lo determine y documente AVMC.
- Con cobertura de seguro insuficiente* – Gastos anuales de bolsillo incurridos por el paciente en AVMC que superan el 10% de los ingresos de la familia del paciente en los 12 meses anteriores o gastos médicos anuales de bolsillo 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 su familia en los 12 meses anteriores.

PROCEDIMIENTO:

Comunicación de la Política de ayuda económica al público

En cada interacción de ingreso/registro de un paciente, y en todas las comunicaciones orales sobre la cantidad a pagar que se produzca durante el Período de notificación (como se define arriba y como se trata en más detalle abajo), AVMC informará al paciente de la disponibilidad de la FAP de AVMC, dónde obtener información adicional sobre la elegibilidad y cómo solicitarla. 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 y todos los centros de atención ambulatoria de AVMC (incluyendo unidades de observación), tendrán material escrito sobre la FAP, y dicha información se incluirá en cada guía de ingreso para pacientes.

Las solicitudes se encontrarán en un lugar bien visible y accesible para los pacientes. La política completa de ayuda económica de AVMC y su Resumen en lenguaje sencillo (Apéndice A) están en el sitio web de AVMC, de 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 dentro de 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

PFS.RI.1-ATTACHMENT C
PATIENT FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM RI.1 - SPANISH
ANTELOPE VALLEY MEDICAL CENTER
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y POLÍTICA DE SERVICIOS DE AYUDA
ECONÓMICA PARA PACIENTES

NÚMERO DE POLÍTICA: PFS.RI.1

PÁGINA 4 DE 20

ASUNTO: PROGRAMA DE AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

programa de ayuda económica, incluyendo la política completa y las solicitudes de ayuda económica, al español y también a cualquier otro idioma que sea el idioma principal de al menos el 5% de los pacientes de AVMC.

Se incluirá un aviso bien visible de la disponibilidad de ayuda económica en cada resumen de cuenta de los pacientes enviado por AVMC, que contendrá información de la política del programa de ayuda económica y de cómo obtener una copia de la misma. El Período de notificación se define como el período durante el que AVMC debe informar 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 la misma. El Período de notificación comienza en la primera fecha de un episodio de atención.

El aviso por escrito incluirá una descripción de cualquier acción extraordinaria de cobro que AVMC o sus agencias pretendan iniciar y una declaración de que puede haber disponibles servicios de asesoramiento crediticio 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 las solicitudes incompletas y completas de ayuda económica descritos en la sección de "Revisión y aprobación" abajo. Se considerará que se ha dado una notificación por escrito en la fecha en que se envíe por correo.

El programa de ayuda económica de AVMC se publicitará ampliamente dentro de 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 local federalmente calificado y las clínicas de 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 bien visible, con un tamaño notable, en todos los centros de AVMC, en donde es probable que las visitas lo vean. El material escrito sobre nuestro programa de ayuda económica incluirá lenguaje no discriminatorio según corresponda.

Proceso de solicitud

Una vez que un paciente inicie el proceso de solicitud, AVMC responderá consultas y ofrecerá la asistencia de un asesor económico. 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 a lo largo del 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 un plazo de 15 días desde la recepción de la solicitud incompleta para pedirle que envíe la

PFS.RI.1-ATTACHMENT C
PATIENT FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM RI.1 - SPANISH
ANTELOPE VALLEY MEDICAL CENTER
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y POLÍTICA DE SERVICIOS DE AYUDA
ECONÓMICA PARA PACIENTES

NÚMERO DE POLÍTICA: PFS.RI.1

PÁGINA 5 DE 20

ASUNTO: PROGRAMA DE AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

información faltante en un 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 acciones extraordinarias de cobro potenciales que AVMC o sus agencias de crédito pueden iniciar. Toda acción extraordinaria de cobro que esté en progreso en el momento en que se reciba una solicitud incompleta deberá suspenderse. Dichos cobros pueden iniciarse o reanudarse si no se recibe una solicitud completa o después de que no se reciba una solicitud de información adicional en un plazo de 30 días desde la notificación.

Como se trata abajo en la sección “Verificación de la información proporcionada”, AVMC podría no exigir el requisito de presentar una solicitud completa si AVMC obtiene otra información que predice la capacidad del paciente de pagar 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 actuales:

- Ingresos individuales o del grupo familiar - hasta el 400% del FPL. Se considerará la situación laboral cuando se determinen los niveles de ingresos. Es posible que los niveles anteriores de ingresos 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.
- Patrimonio neto individual o del grupo familiar - hasta \$250,000 (excluyendo el patrimonio neto en viviendas primarias de hasta \$500,000 y planes de jubilación o compensación diferida; no se consideran los primeros \$10,000 de los activos monetarios de una persona [es decir, dinero e inversiones] ni la mitad de los activos monetarios restantes). Al revisar el patrimonio neto, se deben considerar otras obligaciones económicas, como facturas médicas elevadas. Los pacientes con patrimonio neto elevado, que de lo contrario quedarían descalificados para la ayuda económica, podrían considerarse con elegibilidad si tienen, por ejemplo, gastos de atención médica catastróficos sin seguro que reducirían significativamente su patrimonio neto. Los gastos médicos elevados significan:
 1. gastos anuales de bolsillo incurridos por el paciente en AVMC que superan el 10% de los ingresos actuales de la familia del paciente o de los ingresos de la familia en los 12 meses anteriores;

PFS.RI.1-ATTACHMENT C
PATIENT FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM RI.1 - SPANISH
ANTELOPE VALLEY MEDICAL CENTER
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y POLÍTICA DE SERVICIOS DE AYUDA
ECONÓMICA PARA PACIENTES

NÚMERO DE POLÍTICA: PFS.RI.1

PÁGINA 6 DE 20

ASUNTO: PROGRAMA DE AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

2. gastos médicos anuales de bolsillo 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 su familia en los 12 meses anteriores.
- Los pacientes que paguen con su propio dinero y los ingresen por el Departamento de Emergencias (Emergency Department) con información insuficiente para evaluar completamente la elegibilidad para la ayuda económica y para quienes no se pueda determinar de manera confiable su capacidad de pagar 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.
- Los pacientes que califiquen presuntamente para Medi-Cal, pero de los que AVMC no reciba el pago por toda su estancia, son elegibles para la atención 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 con Medi-Cal se clasificarán como atención benéfica. Estos pacientes están recibiendo el servicio y, presuntamente, no tienen la capacidad de 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 para los que Medicare, en última instancia, no haga reembolsos de deudas incobrables, también se incluirán como atención benéfica. Estos pacientes están recibiendo un servicio por el que una parte de la factura resultante no se reembolsará.
- Los servicios de atención de traumatismos prestados a pacientes con condiciones que cumplen la definición de atención de traumatismos facturables, según nuestros acuerdos de atención de traumatismos con el condado de Los Angeles y el estado de California, se clasificarán como atención benéfica. A estos pacientes no se les facturarán los servicios.
- Se presume que los pacientes que son elegibles para los programas de ayuda por bajos ingresos patrocinados por el gobierno (es decir, 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 presuntamente elegibles según la FAP cuando el pago no lo haga el programa gubernamental. Los fundamentos de dicha determinación presunta se documentarán en la cuenta del paciente.

La ayuda económica para servicios médicamente necesarios está disponible para todas las personas, independientemente de dónde vivan. Estos servicios no incluyen

PFS.RI.1-ATTACHMENT C
PATIENT FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM RI.1 - SPANISH
ANTELOPE VALLEY MEDICAL CENTER
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y POLÍTICA DE SERVICIOS DE AYUDA
ECONÓMICA PARA PACIENTES

NÚMERO DE POLÍTICA: PFS.RI.1

PÁGINA 7 DE 20

ASUNTO: PROGRAMA DE AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

operaciones estéticas ni otros servicios estéticos. Las directrices para determinar la elegibilidad para la ayuda económica se aplicarán de manera uniforme. AVMC no discriminará a los pacientes que soliciten ayuda económica sobre la base de su raza, color, credo, país de origen, sexo, edad ni discapacidad. Para determinar la elegibilidad de un paciente para recibir la ayuda económica, los asesores económicos 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 informarán y ayudarán para que entienda las coberturas de seguro que se ofrecen mediante el mercado de seguros médicos Covered California. Los pacientes también pueden obtener información del mercado de seguros médicos Covered California en su sitio web, coveredca.com, y pueden obtener asistencia adicional 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 deberá completar para todas las solicitudes de ayuda económica (excepto si se hace una determinación presunta como se describe en esta política) y se entregará a un asesor económico. Todas las solicitudes de ayuda económica deben estar firmadas por el paciente o el representante autorizado del paciente para certificar que la información proporcionada 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 atención benéfica parcial.

Verificación de la información proporcionada

Los datos usados para determinar la elegibilidad para la ayuda económica deben verificarse en la medida que resulte práctico en relación con la cantidad involucrada de ayuda económica y la importancia de un elemento de información en la determinación general. En todos los casos, la verificación mínima incluirá:

- Ingresos, con la revisión de fuentes como un formulario W-2, recibos recientes de pago que muestren los totales acumulados en el año o declaraciones de impuestos y declaraciones de desempleo, si corresponde.
- El patrimonio neto de una persona, con la revisión de documentación de apoyo aplicable (estados de cuenta bancaria, estados de inversiones, documentos de préstamos).

Excepto por pacientes con cobertura de Medicare, la presentación de un Formulario de solicitud de ayuda económica y la documentación de apoyo relacionada requerida que se describe arriba podrá no exigirse si AVMC obtiene información mediante el uso de herramientas tecnológicas u otros métodos de supuestos presuntivos como medidas

PFS.RI.1-ATTACHMENT C
PATIENT FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM RI.1 - SPANISH
ANTELOPE VALLEY MEDICAL CENTER
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y POLÍTICA DE SERVICIOS DE AYUDA
ECONÓMICA PARA PACIENTES

NÚMERO DE POLÍTICA: PFS.RI.1

PÁGINA 8 DE 20

ASUNTO: PROGRAMA DE AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

predictivas de la capacidad de un paciente de pagar y su situación económica. Consulte el análisis en la sección “Requisitos de elegibilidad” más arriba. No se podrá denegar la ayuda económica sobre la base de información que no se indique específicamente como requisito en el Formulario de solicitud de ayuda económica.

Planes ampliados de pagos:

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 diarios esenciales del paciente. Si AVMC y el paciente no se ponen de acuerdo sobre un plan de pagos, los pagos mensuales del paciente se limitarán a no más del 10% de los ingresos del grupo familiar del paciente durante un mes, excluyendo las deducciones por gastos diarios esenciales. AVMC no podrá iniciar acciones extraordinarias de cobro mientras esté en el proceso de establecer un plan ampliado de pagos o saldar una factura pendiente, ni tampoco si el paciente está haciendo pagos parciales periódicos de una cantidad razonable según lo determine exclusivamente AVMC.

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

Revisión y aprobación:

La ayuda económica debe documentarse en el Formulario de solicitud de ayuda económica, y debe recibir la aprobación del director o gerente de Servicios Económicos 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.

PFS.RI.1-ATTACHMENT C
PATIENT FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM RI.1 - SPANISH
ANTELOPE VALLEY MEDICAL CENTER
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y POLÍTICA DE SERVICIOS DE AYUDA
ECONÓMICA PARA PACIENTES

NÚMERO DE POLÍTICA: PFS.RI.1

PÁGINA 9 DE 20

ASUNTO: PROGRAMA DE AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

Cuando se decida la aprobación o el rechazo de una cuenta para ayuda económica, se le enviará al paciente o parte responsable una carta como notificación de la decisión tomada. La carta, que normalmente se enviará en un 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:

- 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
- tomar medidas razonables para revocar o revertir acciones extraordinarias de cobro, como levantar un gravamen y quitar información adversa de los reportes crediticios.

Se denegará la aprobación de la ayuda económica y la solicitud de cualquier limitación de cargos de AGB si el paciente rechaza Medi-Cal u otra solicitud de elegibilidad de salud y bienestar, si AVMC cree razonablemente que el paciente podría calificar. Además, se espera que el paciente coopere con AVMC en la revisión de opciones asequibles de cobertura de seguro que se ofrecen mediante el mercado de seguros médicos Covered California. Si el paciente elige no adquirir cobertura de seguro mediante el mercado de seguros médicos Covered California y no califica para Medi-Cal, el paciente tendrá que presentar un Formulario de solicitud de ayuda económica. Se requiere 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 pueden apelarse. 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

PFS.RI.1-ATTACHMENT C
PATIENT FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM RI.1 - SPANISH
ANTELOPE VALLEY MEDICAL CENTER
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y POLÍTICA DE SERVICIOS DE AYUDA
ECONÓMICA PARA PACIENTES

NÚMERO DE POLÍTICA: PFS.RI.1

PÁGINA 10 DE 20

ASUNTO: PROGRAMA DE AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

inicial. Las apelaciones se remitirán al director de Servicios Económicos para Pacientes o a la persona designada, quien las revisará en un plazo de treinta (30) días desde su recepción. Si el director de Servicios Económicos para Pacientes o la persona designada considera que necesita una opinión adicional para tomar una determinación, se le pedirá al director financiero que revise y asista con dicho proceso.

Si, después de la revisión y determinación de ayuda económica, se encuentra que la información en la que se basaron era errónea, sucederá 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 *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 completado de solicitud de ayuda económica y toda la documentación de apoyo relacionada se escaneará e incluirá en las cuentas del paciente en el sistema de facturación del paciente.

Acciones extraordinarias de cobro:

AVMC no iniciará acciones extraordinarias de cobro en ningún momento antes de los 180 días posteriores a que AVMC proporcione 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 acción extraordinaria de cobro 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:

- un plazo de 30 días desde que AVMC dé el aviso por escrito de que se requiere información adicional; o
- el último día del período de solicitud, lo que ocurra después.

Contabilidad y seguimiento de los datos de ayuda económica:

La ayuda económica aprobada, y las deducciones como resultado de la aplicación de las cantidades de AGB, se clasificarán y registrarán como atención benéfica porque, por definición, la atención benéfica es la “incapacidad demostrada de pagar”. La cantidad de

PFS.RI.1-ATTACHMENT C
PATIENT FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM RI.1 - SPANISH
ANTELOPE VALLEY MEDICAL CENTER
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y POLÍTICA DE SERVICIOS DE AYUDA
ECONÓMICA PARA PACIENTES

NÚMERO DE POLÍTICA: PFS.RI.1

PÁGINA 11 DE 20

ASUNTO: PROGRAMA DE AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

atención benéfica proporcionada se reportará por separado en los estados financieros mensuales.

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.
- Según cálculos razonables de AVMC, el paciente puede pagar una cobertura de seguro adquirida mediante el mercado 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 pagar después de que se haya prestado un servicio y después de que se haya otorgado un plan de pagos o ayuda económica. Si un paciente aceptó un plan de pagos (vea la política separada de Planes de pagos 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 solicitar ayuda económica según las directrices de esta política.

Alternativamente, si un paciente recibió ayuda económica, pero posteriormente tuvo un cambio positivo en su capacidad de pagar los servicios prestados, AVMC podrá facturarle al paciente los servicios prestados y avisarle su cambio de condición.

Limitación de cargos:

AVMC usará la AGB mediante la metodología del sistema de pagos prospectivos de Medicare para las cuentas de pacientes ingresados y ambulatorios al determinar la

PFS.RI.1-ATTACHMENT C
PATIENT FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM RI.1 - SPANISH
ANTELOPE VALLEY MEDICAL CENTER
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y POLÍTICA DE SERVICIOS DE AYUDA
ECONÓMICA PARA PACIENTES

NÚMERO DE POLÍTICA: PFS.RI.1

PÁGINA 12 DE 20

ASUNTO: PROGRAMA DE AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

responsabilidad del paciente en el caso de personas que califican para la ayuda económica. En específico, AVMC limitará los cargos por un servicio en 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 debe 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 atención 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 presunta. Los pacientes con cobertura de Medicaid y saldos vencidos por servicios con fechas de hasta seis meses antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura recibirán ayuda económica al 100% para dichos saldos sin revisión ni documentación adicional del paciente sobre la base de su presunta incapacidad de pago.

Otros:

Normalmente, 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 asesor económico 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 cobro, son parte del proceso de obtención de información y pueden dar lugar apropiadamente a la identificación de la elegibilidad para la ayuda económica.

Para la ayuda económica parcial otorgada a pacientes que cumplan los criterios para atención 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) (anteriormente la Oficina de Planificación y Desarrollo de la Salud del Estado [OSHPD]) su política del Programa de ayuda económica y sus formularios de solicitud y su política de cobro de

PFS.RI.1-ATTACHMENT C
PATIENT FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM RI.1 - SPANISH
ANTELOPE VALLEY MEDICAL CENTER
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y POLÍTICA DE SERVICIOS DE AYUDA
ECONÓMICA PARA PACIENTES

NÚMERO DE POLÍTICA: PFS.RI.1

PÁGINA 13 DE 20

ASUNTO: PROGRAMA DE AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

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 proporcionó la información, AVMC informa al Departamento de Acceso a Atención Médica de la ausencia 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 del mismo. La FAP de AVMC no incluye los servicios profesionales que prestan nuestros médicos de emergencia ni otros miembros del personal médico.

Requisitos de elegibilidad para la ayuda económica

La elegibilidad para la ayuda económica se basa en los ingresos y en los activos, usando una escala variable. La elegibilidad según el nivel de ingresos es hasta el 400% del nivel federal de pobreza. La elegibilidad según el nivel de activos es hasta \$250,000 (excluyendo el patrimonio neto en viviendas primarias de hasta \$500,000 y planes de jubilación o compensación diferida).

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 asesores económicos 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 informarán y ayudarán para que entienda las coberturas de seguro que se ofrecen mediante el mercado de seguros médicos Covered California.

Proceso de solicitud

Las solicitudes de ayuda económica pueden pedirse:

- (1) En persona en Ingreso principal
- (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 específica determinada 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 un plazo de 15 días desde la recepción de la solicitud incompleta para pedirle que envíe la información faltante en un plazo de 30 días desde la fecha del aviso. El aviso de

PFS.RI.1-ATTACHMENT C
PATIENT FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM RI.1 - SPANISH
ANTELOPE VALLEY MEDICAL CENTER
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y POLÍTICA DE SERVICIOS DE AYUDA
ECONÓMICA PARA PACIENTES

NÚMERO DE POLÍTICA: PFS.RI.1

PÁGINA 14 DE 20

ASUNTO: PROGRAMA DE AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

aprobación o denegación de una solicitud normalmente se le envía al paciente en un plazo de 30 días desde la recepción de la solicitud.

Se denegará la aprobación de ayuda económica si el paciente rechaza Medicaid u otra solicitud de elegibilidad de salud y bienestar, si AVMC cree razonablemente que el paciente podría calificar. Además, se espera que el paciente coopere con AVMC en la revisión de opciones asequibles de cobertura de seguro que se ofrecen mediante el mercado de seguros médicos Covered California. Si el paciente elige no adquirir cobertura de seguro mediante el mercado de seguros médicos Covered California y no califica para Medicaid, el paciente tendrá que presentar un Formulario de solicitud de ayuda económica. Se requiere 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 pueden apelarse. 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 Económicos para Pacientes o a la persona designada, quien las revisará en un plazo de treinta (30) días desde su recepción. Si el director de Servicios Económicos para Pacientes considera que necesita una opinión adicional para tomar una determinación, se le pedirá al director financiero que revise y asista con dicho proceso.

Período en el que se dará la ayuda económica aprobada

Una vez que se haya aprobado 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 si sucede 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.
- Según cálculos razonables de AVMC, el paciente puede pagar una cobertura adquirida de seguro mediante el mercado 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 solo se aprobará el período que no esté cubierto.

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.

PFS.RI.1-ATTACHMENT C
PATIENT FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM RI.1 - SPANISH
ANTELOPE VALLEY MEDICAL CENTER
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y POLÍTICA DE SERVICIOS DE AYUDA
ECONÓMICA PARA PACIENTES

NÚMERO DE POLÍTICA: PFS.RI.1

PÁGINA 15 DE 20

ASUNTO: PROGRAMA DE AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

Limitación de cargos

AVMC usará la metodología del sistema de pagos prospectivos de Medicare para determinar las cantidades normalmente facturadas (AGB) para las cuentas de pacientes ingresados y ambulatorios al determinar la responsabilidad del paciente en el caso de personas que califican para la ayuda económica. La cantidad facturada no superará la AGB.

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 asesores económicos 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:

Director Financiero

FECHA: 2/29/24

Comité Financiero del Directorio

FECHA: 2/28/24

Directorio

FECHA: 2/28/24

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 11/30/22

FECHAS DE MODIFICACIÓN: 2/1/2024

FECHAS DE REVISIÓN: Consulte con el administrador de la política

REFERENCIAS CRUZADAS:

DOCUMENTOS ADJUNTOS:

PFS.RI.1-ATTACHMENT C
PATIENT FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM RI.1 - SPANISH
ANTELOPE VALLEY MEDICAL CENTER
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y POLÍTICA DE SERVICIOS DE AYUDA
ECONÓMICA PARA PACIENTES

NÚMERO DE POLÍTICA: PFS.RI.1

PÁGINA 16 DE 20

ASUNTO: PROGRAMA DE AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

APÉNDICE A



Resumen en lenguaje sencillo de la política de ayuda económica

Antelope Valley Medical Center (AVMC) ofrece ayuda económica a pacientes que tal vez no tengan suficientes recursos económicos para pagar los servicios.

Requisitos de elegibilidad para la ayuda económica

La ayuda económica está disponible para pacientes sin seguro o con cobertura de seguro insuficiente para la atención de emergencia y la atención médicamente necesaria relacionada que cumpla los requisitos de elegibilidad y calificación incluidos en nuestra Política de ayuda económica para pacientes.

La elegibilidad para la ayuda económica puede incluir el tamaño de su familia y los ingresos familiares en el 400 % de los niveles federales de pobreza (FPL) o por debajo del mismo, usando una escala variable.

Para obtener información sobre las directrices de pobreza, visite el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health & Human Services) en: <http://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>.

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 asesores económicos 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 informarán y ayudarán para que entienda las coberturas de seguro que se ofrecen mediante el mercado de seguros médicos Covered California. También puede enviar una solicitud para estos programas directamente ingresando a los sitios web de abajo:

Medi-Cal: <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/app1yformedi-cal.aspx>

Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio: www.HealthCare.gov; para hacer la solicitud por teléfono, llame al 1-800-318-2596

Consulte la política de AVMC:
<https://www.avmc.org/finforms>

Proceso de solicitud

Las solicitudes de ayuda económica pueden pedirse:

1. En persona en Servicios de Acceso para Pacientes (Patient Access Services), Área Principal de Ingresos (Main Admitting)
2. Por teléfono al (661) 949-5781
3. En nuestro sitio web:
<https://www.avmc.org/finforms>
4. Por correo a: Antelope Valley Medical Center
Attn: Business Office
1600 West Avenue J
Lancaster, CA 93534

La solicitud especifica determinada información que se debe presentar con la solicitud. AVMC podrá verificar de manera independiente esta información para asegurar que esté completa y correcta. Si necesita ayuda para completar la aplicación, comuníquese con nuestros asesores económicos para pacientes llamando al 661-949-5635.

Hay organizaciones que ayudan a los pacientes a entender el proceso de facturación y pago. Para obtener más información, visite: <https://healthconsumer.org/>.

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

PFS.RI.1-ATTACHMENT C
 PATIENT FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM RI.1 - SPANISH
ANTELOPE VALLEY MEDICAL CENTER
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y POLÍTICA DE SERVICIOS DE AYUDA
ECONÓMICA PARA PACIENTES

NÚMERO DE POLÍTICA: PFS.RI.1

PÁGINA 17 DE 20

ASUNTO: PROGRAMA DE AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

APÉNDICE B



Solicitud de ayuda económica

El Programa de ayuda económica de Antelope Valley Medical Center ofrece ayuda económica a pacientes que requieran atención médicamente necesaria y que tengan bajos ingresos, no tengan seguro o tengan cobertura de seguro insuficiente, que no sean elegibles para un programa gubernamental y que de otra forma no puedan pagar la atención médicamente necesaria por su situación económica individual y familiar. Para determinar si un paciente/garante califica para la ayuda económica, necesitamos obtener determinada información económica. Su cooperación nos permitirá darle toda la debida consideración a su solicitud de ayuda económica.

Nombre _____	Número de cuenta _____
Dirección _____	Número de teléfono _____
	Seguro Social _____
Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___ Sexo ____	¿Es dueño de una vivienda? Sí () No ()
M=Masculino F=Femenino	
Cantidad de dependientes indicados en la declaración de impuestos: _____	¿Es dueño de otra propiedad? Sí () No ()
Indique los dependientes: _____	¿Es dueño de automóviles? Sí () No ()
<u>Nombre</u> _____	<u>Edad</u> _____
<u>Relación</u> _____	<u>Sexo</u> _____

Información bancaria del grupo familiar	Nombre _____	Saldo _____
Información bancaria de la empresa	Nombre _____	Saldo _____

<u>Salarios/Ingresos</u>	<u>Mensuales</u>	<u>Anuales</u>
Salarios propios	_____	_____
Salarios del cónyuge	_____	_____
Salarios de otros familiares	_____	_____
Seguro Social	_____	_____
Beneficios por desempleo	_____	_____
Jubilación/pensiones	_____	_____
Pensión alimenticia/manutención infantil	_____	_____
Asignaciones para familia de militares	_____	_____
Pensiones	_____	_____
Ingresos de alquileres, dividendos, intereses	_____	_____
<u>Gastos</u>	<u>Mensuales</u>	<u>Anuales</u>
Hipoteca/alquiler	_____	_____
Servicios públicos	_____	_____
Préstamos de automóviles	_____	_____
Facturas de hospital	_____	_____
Teléfono	_____	_____
Comida	_____	_____
Tarjetas de crédito	_____	_____
Gasolina	_____	_____
Cuidado de niños	_____	_____
Otro	_____	_____

Envíe la siguiente documentación de apoyo más reciente: declaraciones de impuestos o W-2, 3 estados de cuenta, 4 recibos de pago y comprobantes de gastos.

Mi firma certifica que la información que he proporcionado en este formulario es correcta y verdadera según mi leal saber y entender.

PFS.RI.1-ATTACHMENT C
PATIENT FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM RI.1 - SPANISH
ANTELOPE VALLEY MEDICAL CENTER
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y POLÍTICA DE SERVICIOS DE AYUDA
ECONÓMICA PARA PACIENTES

NÚMERO DE POLÍTICA: PFS.RI.1

PÁGINA 18 DE 20

ASUNTO: PROGRAMA DE AYUDA ECONÓMICA PARA PACIENTES

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha