

**HUNTINGTON HOSPITAL  
POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO**

<b>ASUNTO:</b> FINANCIAL ASSISTANCE POLICY (POLÍTICA DE AYUDA ECONÓMICA)	<b>N.º DE POLÍTICA:</b> 329	<b>PÁGINA</b> 1 DE 19
<b>APROBACIÓN AUTORIZADA:</b> Caroline Balfour	<b>FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:</b> 11/07/2022	<b>REEMPLAZA</b> Ayuda benéfica

**PROPÓSITO:**

- a. Pasadena Hospital Association, Ltd., que opera bajo el nombre de Huntington Hospital and The Huntington Medical Foundation, que opera bajo el nombre de Huntington Health Physicians (la “Organización”) tiene el compromiso de cubrir las necesidades de atención médica de todos los pacientes de la comunidad, basándose en los siguientes principios:
- i. Tratar a todas las personas con equidad, dignidad, respeto y compasión;
  - ii. Atender las necesidades de atención médica de emergencia de todos, independientemente de la capacidad de pago del paciente; y
  - iii. Ayudar a los pacientes que no pueden pagar parte o la totalidad de la atención que reciben.

Esta Política demuestra el compromiso de la Organización con nuestra misión, visión y principios, ayudando a cubrir las necesidades de los pacientes de bajos ingresos sin seguro y de los pacientes con seguro insuficiente en nuestra comunidad. Como parte del cumplimiento de este compromiso, la Organización presta los servicios médicamente necesarios, sin costo o a un costo reducido, a los pacientes que califican según los requisitos de esta Política.

- b. Esta Política da directrices para identificar a los pacientes que pueden calificar para recibir ayuda económica y establece los criterios de evaluación financiera para determinar qué pacientes califican para recibir ayuda económica. Los criterios de evaluación financiera dispuestos en esta Política se basan principalmente en las directrices de los niveles federales de pobreza establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
- c. Esta Política se aplica a toda la atención de emergencia y médicamente necesaria prestada por la Organización.
- d. Esta Política está destinada a cumplir las leyes estatales y federales.

**POLÍTICA:**

- a. **Definiciones.** Consulte la sección “Definiciones” al final de esta Política para obtener una explicación de los términos usados. Los términos definidos se escriben con mayúscula en la sección Definiciones o se definen en el cuerpo de esta Política.

- b. **Centros, Médicos y Otros proveedores cubiertos según esta Política.** La Política solo se aplica a los servicios prestados por la Organización y solo incluye servicios médicos si los presta Huntington Aligned Medical Group (“HAMG”) y Huntington Foundation Medical Group (“HFMG”). Excluye los centros de Randall Breast Center de la Organización, Huntington Ambulatory Surgery Center, LLC y Huntington Outpatient Imaging Centers, LLC.
- c. **Centros, Médicos y Otros proveedores no cubiertos por esta Política pueden tener políticas de ayuda económica separadas.** Otros miembros del personal médico de la Organización pueden tener disponible ayuda económica para sus pacientes. La Organización tendrá disponible, cuando se pida, una lista de la información que tiene sobre estos médicos indicando si Médicos específicos (o su grupo médico): (i) darán descuentos equivalentes de los cargos profesionales del Médico a pacientes de bajos ingresos sin seguro como la Organización lo disponga, basado en los criterios establecidos en la Política; (ii) aceptan la determinación de la Organización sobre la elegibilidad de un paciente para recibir ayuda económica; y (iii) cumplen todas las leyes, reglamentaciones, ordenanzas y órdenes federales, estatales y locales aplicables con respecto al cobro de cuentas de deuda de consumo. La Organización no se hará responsable de la administración de programas de ayuda económica de tales Médicos ni de sus prácticas de facturación.
- d. **Criterios de elegibilidad**
- i. **Ayuda Económica.** La Ayuda Económica completa estará disponible para los pacientes cuyos ingresos y activos familiares sean inferiores al 400 por ciento del FPL del año en curso. Los pacientes cuyos ingresos oscilan entre el 401 y el 600 por ciento del FPL también califican para recibir atención con descuento. Aunque los activos están incluidos en la solicitud de ayuda económica (“Solicitud”), no se considerarán para determinar la elegibilidad para los descuentos. El Anexo B es la Solicitud y el Anexo C establece los rangos de ayuda económica disponible de la Organización.
  - ii. **Pacientes previo a un servicio (atención electiva/no de emergencia).** Los pacientes programados como pacientes hospitalizados electivos o programados como pacientes ambulatorios que no son de emergencia necesitan aprobación previa por el coordinador de Ayuda Económica o su persona designada para recibir ayuda económica. Solo los procedimientos médicamente necesarios son elegibles para la aprobación. La ayuda económica para los procedimientos electivos y para la atención de seguimiento después del alta se limita a los pacientes que viven en el área de servicio de la Organización, o según lo apruebe el coordinador de Ayuda Económica o su persona designada. La Organización se reserva el derecho de no conceder ayuda económica en el futuro en relación con la atención propuesta que no sea de emergencia y otra que no sea médicamente necesaria de un paciente según la necesidad de la Organización de asignar juiciosamente sus recursos financieros y clínicos.
  - iii. **Otros recursos financieros y cooperación necesaria del paciente.** Los pacientes que reciban la aprobación para recibir ayuda según esta Política aceptan cooperar continuamente en el proceso necesario para obtener el reembolso por los servicios de fuentes externas de la Organización, como los fondos de Víctimas de Delitos de California (California Victims of Crime) el Programa de Atención de Traumas del Condado (County Trauma Program), el programa Medi-Cal y los planes médicos que dan cobertura por medio del Intercambio de Beneficios Médicos de California (California Health Benefit Exchange). La solicitud de un paciente para cobertura de

un tercero para los costos de atención médica del paciente no deberá impedir la elegibilidad para recibir asistencia según esta Política. Un paciente deberá, como condición para recibir ayuda económica, solicitar la cobertura de Medi-Cal, Healthy Families y el Programa de Traumas del Condado, según corresponda, y, cuando corresponda, la cobertura por medio del Intercambio. Lo arriba descrito también deberá aplicarse a los pacientes que residen fuera del estado y a su solicitud de Medicaid dentro de su estado.

La Organización hará las remisiones adecuadas a agencias locales del condado, incluyendo Healthy Families, Covered California, Medi-Cal u otros programas para determinar la posible elegibilidad.

La Organización tendrá derecho a facturar a cualquier tercero asegurador que dé cobertura a un paciente, incluyendo cualquier fuente de responsabilidad de terceros. Las aseguradoras médicas y los planes médicos tienen prohibido reducir su reembolso de un reclamo a la Organización, incluso si la Organización ha renunciado a la totalidad o a una parte de la factura de un paciente según esta Política.

- iv. **Pacientes de pago por cuenta propia.** La Organización ha hecho una presunción basada en su experiencia histórica y el entorno actual de los seguros, que los pacientes que carecen de seguro no pueden costearse el seguro. La Organización supone que estos pacientes son elegibles para los programas de ayuda económica y tendrá disponible para todos los pacientes la siguiente ayuda, a menos que el paciente haga otros arreglos para los servicios prestados por la Organización:
    1. A los pacientes de pago por cuenta propia se les facturará automáticamente una cantidad con descuento para la Organización (consulte el Anexo D).
    2. Los pacientes de pago por cuenta propia son elegibles para recibir estos descuentos sin presentar una Solicitud. Esta ayuda económica no se extiende a procedimientos electivos, a menos que se haga un acuerdo específico entre la Organización y el paciente.
  - v. **Pacientes médicamente indigentes (que no son elegibles de otra manera).** Los pacientes que son médicamente indigentes, pero que no son elegibles de otra manera para recibir ayuda económica según esta Política, aún pueden solicitar ayuda económica según el proceso estipulado en esta Política. La solicitud de ayuda económica debido a indigencia médica debe ser aprobada por el coordinador de Ayuda Económica, o su persona designada, a su discreción.
- e. **Programa de Ayuda Económica.** Este Programa usa una sola Solicitud unificada de ayuda económica para el paciente. El proceso está diseñado para dar a cada solicitante la oportunidad de recibir el máximo beneficio de ayuda económica para el que pueden calificar. A cualquier paciente que pida ayuda económica se le pedirá que complete una Solicitud.
- i. **Iniciar la Solicitud de Ayuda Económica.** El proceso de Solicitud lo puede iniciar el paciente o cualquier miembro del personal de la Organización llamando a: Pago por Cuenta Propia, Servicio al Cliente al (323) 866-8600.

Este proceso incluye:

1. Los pacientes reciben con la Solicitud, una Solicitud de Medical e información sobre orientación crediticia.

2. Los siguientes departamentos ofrecen asistencia a los solicitantes para completar los formularios: Pago por Cuenta Propia, Servicio al Cliente, Registro, Ingreso y el Departamento de Emergencias.
3. La Solicitud se puede completar oralmente con la ayuda del personal de la Organización, pero aún necesitará que un paciente o representante firme la Solicitud.

## ii. **Revisión de la Solicitud**

1. **Determinación.** Las directrices de elegibilidad se calculan usando el FPL actual como medida de elegibilidad.
2. **Determinaciones de afiliados y socios de la comunidad aprobados.** Los pacientes cuyas solicitudes de ayuda económica se aprobaron recientemente por ciertos afiliados o socios de la comunidad de la Organización, pueden recibir la aprobación de manera acelerada por la Organización, a discreción de la Organización. La Organización informará a los pacientes que envíen una solicitud de ayuda económica si dicha aprobación acelerada está disponible.
3. **Activos.** La consideración de los activos para determinar la elegibilidad se limita a la definición de esta Política.
4. Los **ingresos** para períodos parciales deberán incluirse en las hojas de trabajo usando datos anualizados.
5. **Deducciones.** Se considerarán otras obligaciones financieras incluyendo gastos de vida y otros rubros de naturaleza razonable y necesaria.
6. **Máximo de gastos de bolsillo del paciente.** Cualquier pago de un paciente por servicios cubiertos por esta Política deberá limitarse a un valor no mayor que las AGB.
7. **Período de reevaluación.** La Organización puede reevaluar la elegibilidad si ocurre algo de lo siguiente:
  - a. Los ingresos del paciente cambian.
  - b. Cambia el tamaño del grupo familiar del paciente.
  - c. Se toma la determinación de que alguna parte de la Solicitud de ayuda económica es falsa o engañosa, en cuyo caso la ayuda económica inicial se puede denegar retroactivamente.

## iii. **Presentación de la documentación necesaria.** La Organización pide a los pacientes que solicitan ayuda económica varios documentos para comprobar su elegibilidad. Los documentos pueden incluir, entre otros, los siguientes:

1. Solicitud debidamente completada.
2. Los documentos de ingresos pueden incluir:
  - a. Talón de cheque de nómina del período actual,

- b. Declaración de impuestos del año anterior o
  - c. Explicación por escrito.
3. Los documentos de activos pueden incluir:
- a. Copias del estado de cuenta bancaria del mes anterior (todas las páginas),
  - b. Estados de cuenta del mercado de dinero,
  - c. Acciones,
  - d. Bonos,
  - e. Certificado de depósitos,
  - f. Cuentas de bróker (excluye documentos de planes de jubilación, planes de compensación diferida (calificados y no calificados según el código del IRS)), y
  - g. Talón de beneficios de desempleo, beneficios de Seguro Social o beneficios por discapacidad.
- iv. **Cómo presentar la solicitud completada.** Si el paciente presenta una Solicitud completada durante el Período de solicitud, la Organización deberá:
- 1. Tomar inmediatamente todas las medidas razonablemente disponibles para suspender o revertir cualquier ECA contra el paciente para obtener el pago de la atención. Tales medidas razonablemente disponibles generalmente incluyen, entre otros, informar a las agencias de cobro para que cesen las actividades de cobro, medidas para anular cualquier sentencia contra el paciente, levantar cualquier embargo o gravamen sobre la propiedad del paciente y eliminar del informe de crédito del paciente cualquier información adversa que se reportó a una agencia de informes de crédito del consumidor u oficina de crédito.
  - 2. Tomar una determinación sobre la elegibilidad o identificar si la Solicitud está incompleta o necesita más información, en un tiempo razonable.
  - 3. Informar inmediatamente al paciente por escrito de la determinación de elegibilidad, incluyendo, si corresponde, la asistencia para la que el paciente es elegible y la base de la determinación.
  - 4. Si el paciente es elegible para recibir ayuda económica, la Organización le informará por escrito de la elegibilidad, la asistencia disponible, la base para la determinación y las fechas de servicio cubiertas.
    - a. Si no hay responsabilidad del paciente, entonces no se necesitan más pasos que reembolsar las cantidades pagadas según lo dispuesto en la sección "Reembolsos". Si hay un saldo restante, la Organización también informará al paciente por escrito de la cantidad que el paciente debe por la atención y describirá cómo el paciente puede obtener más información sobre la cuenta.
    - b. Una vez que se aprueba la ayuda económica de un paciente, durante el período de aprobación, no se le cobrará al paciente más por

atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que las AGB descritas en esta Política.

- c. Las aprobaciones de elegibilidad solo las pueden hacer las personas específicamente autorizadas por la Organización en los siguientes departamentos: Pago por Cuenta Propia, Servicio al Cliente, coordinador de Ayuda Económica.
- v. **Pacientes con información limitada para hacer una Solicitud.** La ausencia de datos financieros del paciente disponibles para la Organización no impide la elegibilidad para recibir ayuda económica. Cuando se evalúan todos los factores de la situación clínica, personal y demográfica de un paciente y la documentación alternativa (incluyendo la información que pueden dar otras organizaciones benéficas), la Organización puede determinar que un paciente es elegible para recibir ayuda económica haciendo suposiciones razonables sobre los ingresos del paciente.
- vi. **Solicitud incompleta.** Si un paciente presenta una Solicitud incompleta, la Organización le dará al paciente de inmediato un aviso por escrito que describa la otra información o documentación necesaria para la Solicitud e incluirá la información de contacto para el procesamiento de la Solicitud. Si el paciente después completa la Solicitud con la información necesaria durante el Período de solicitud (o el período de tiempo más largo que elija la Organización), entonces la Solicitud se considerará completa.
- vii. **Solicitud incompleta completada.** Si un paciente que presentó una Solicitud incompleta durante el Período de solicitud después completa la Solicitud, en un plazo razonable dado para responder a las solicitudes de más información o documentación, se considerará entonces que el paciente presentó una Solicitud completa, y la Organización habrá hecho esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible solo si toma los demás pasos exigidos por esta Política sobre las Solicitudes completadas.
- viii. **Norma antiabuso para Solicitudes con información cuestionable.** La Organización no deberá tomar determinaciones en cuanto a que un paciente no es elegible para recibir ayuda económica basándose en la información que tiene motivo para creer que no es confiable o es incorrecta, o en información obtenida del paciente bajo coacción o mediante el uso de prácticas coercitivas. Una práctica coercitiva incluye retrasar o denegar atención médica de emergencia a un paciente hasta que este dé la información que se le pide para determinar si el paciente es elegible para recibir ayuda económica para la atención médica que se está retrasando o denegando.
- ix. **Manejo de Solicitudes incompletas.** La Organización puede considerar el hecho de que un paciente no presente la documentación razonable y necesaria cuando tome sus determinaciones de ayuda económica. Pero la Organización actuará razonablemente y tomará la mejor determinación posible con la información disponible.
- x. **Posible elegibilidad.** La Organización puede determinar que el paciente es elegible para recibir ayuda económica total para los servicios actuales basándose en la información que obtuvo o evaluó sin recurrir a que el paciente dé toda la información necesaria para el proceso normal de solicitud ni al hecho de que el paciente no tiene seguro médico. La determinación de la Organización puede incluir la confianza en

una determinación previa de la Organización, la información entregada por otro proveedor del paciente o una evaluación general de la información disponible para el personal de la Organización. En tales casos, la Organización deberá (a) informar al paciente la base para la determinación de posible elegibilidad y la manera en que el paciente puede presentar una solicitud de ayuda más generosa disponible según la Política; (b) dar al paciente ciento veinte (120) días para presentar una solicitud de ayuda más generosa; y si el paciente presenta una Solicitud completa que procure una ayuda más generosa, determinar si el paciente es elegible para recibir un descuento más generoso y adoptar las demás medidas que exige esta Política con respecto a Solicitudes completas. Los pacientes que pagan por cuenta propia y reciben los descuentos descritos en esta Política recibirán dicho aviso por medio del Resumen en lenguaje sencillo (consulte el Anexo A) impreso en sus estados de cuenta.

- xi. **Las renunciaciones de los pacientes no liberan a la Organización de las obligaciones de esfuerzos razonables.** Obtener una renuncia verbal o por escrito de un paciente, como una declaración firmada de que el paciente no quiere solicitar asistencia según la Política ni recibir la información que debe darse a los pacientes según esta Política, no constituirá por sí mismo una determinación de que el paciente no es elegible y no cubrirá el requisito de hacer los esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible antes de emprender ECA en contra del paciente.
- xii. **Planes de pago.** Cuando se determina que un paciente es elegible para recibir ayuda económica y queda un saldo, tendrá la opción de pagar con un plan de pago a plazo programado. La Organización hablará sobre las opciones de planes con el paciente y desarrollará planes de pago a plazo que generalmente no duren más de doce (12) meses y no tengan intereses.
- xiii. **Resolución de disputas.** Si surge una disputa sobre la calificación para la ayuda económica, el paciente puede presentar una apelación por escrito para la reconsideración con la Organización. La apelación por escrito debe explicar el motivo de la disputa e incluir documentación de respaldo. El coordinador de Ayuda Económica de la Organización revisará de inmediato la apelación y le dará al paciente una determinación por escrito. En caso de que el paciente crea que persiste una disputa después de la primera apelación, el paciente puede solicitar por escrito que el director de Servicios Económicos para Pacientes de la Organización lo revise y entregue una determinación final por escrito.
- xiv. **Confidencialidad de la información de la Solicitud.** La Organización deberá mantener toda la información recibida de los pacientes que solicitan elegibilidad según esta Política como información confidencial. La información sobre los ingresos y activos obtenidos como parte del proceso de solicitud y de aprobación deberá mantenerse en un expediente aparte de la información que pueda usarse para cobrar las cantidades adeudadas.
- xv. **Período de tiempo para completar la Solicitud (el “Período de Solicitud”).** Los pacientes tendrán doscientos cuarenta (240) días para completar una Solicitud. El Período de Solicitud comienza en la fecha en que se dio por primera vez la atención que está sujeta a la Solicitud (usando el comienzo del último curso de tratamiento, si se aplican varias fechas de servicios).

## f. Plazo

- i. La ayuda económica inicial para la aprobación del paciente económicamente calificado es válida por un período de seis (6) meses a partir de la fecha en que se completó la Solicitud. Se puede volver a evaluar la elegibilidad, a petición del paciente, al final del período de aprobación inicial. A elección de la Organización, se podrá autorizar un nuevo período de aprobación de seis (6) meses sin una nueva Solicitud. Después de doce (12) meses, el paciente debe completar una nueva Solicitud. A partir de la fecha en que se apruebe la Solicitud final, las cuentas abiertas calificadas se trasladarán para ayuda económica según el nivel de ayuda concedida. En lo sucesivo, las cuentas calificadas para los próximos seis (6) meses serían elegibles para traslado a ayuda económica.

## g. Avisos, comunicaciones y declaraciones por escrito

- i. La Organización da los siguientes avisos e información sobre la ayuda económica:
  1. Esta Política.
  2. Un Resumen en lenguaje sencillo de la Política. El Resumen en lenguaje sencillo será un documento claro, conciso y fácil de entender que informe a los pacientes y a otras personas que la Organización ofrece ayuda económica según esta Política. El Resumen en lenguaje sencillo se deberá redactar de manera tal que estipule información relevante incluyendo la que se necesite según la ley estatal y federal, como los requisitos de elegibilidad y la ayuda que se da según esta Política, un resumen breve de cómo solicitar ayuda según esta Política, e información para la obtención de más datos y ayuda, incluyendo copias en otros idiomas.
  3. La Solicitud.
  4. La Política de cobro de deudas de la Organización.
- ii. Este material estará disponible en una variedad de maneras, incluyendo:
  1. **Sitio web.** La Política de Ayuda Económica, la Solicitud de Ayuda Económica y un Resumen en lenguaje sencillo de la Política de ayuda económica están en el sitio web de esta Organización. Los enlaces a dicho material también se publicarán en el sitio web.
  2. **Email o copias en papel.** Se pueden obtener copias de cualquier material al que se hace referencia en esta Política mediante una solicitud a Pago por Cuenta Propia, Servicio al Cliente al (323) 866-8600.
  3. **Rótulos colocados.** El Resumen en lenguaje sencillo se publicará en los siguientes lugares: el Departamento de Emergencias, el Departamento de Ingreso, el Departamento de Facturación, áreas de registro centralizadas y descentralizadas y otros entornos para pacientes ambulatorios, incluyendo las unidades de observación.
- iii. **Avisos de registro y facturación.** Los pacientes recibirán diversa información y avisos en sus comunicaciones de registro y facturación. Por ejemplo, consulte la Política de cobro de deudas de la Organización.
- iv. **Aviso a la Comunidad.** La Organización hará diversos esfuerzos para publicitar ampliamente sus programas de Ayuda Económica, como la distribución de

información a organizaciones específicas de la comunidad u otros medios para alertar a la comunidad sobre la disponibilidad de los programas de Ayuda Económica de la Organización.

- h. **Traducciones.** Las comunicaciones con los pacientes deberán cumplir los requisitos de la Organización. Sin limitar lo anterior, los avisos, las comunicaciones formales y la señalización según esta Política deberán estar en inglés y en los otros idiomas exigidos por las leyes estatales y federales. Esos otros idiomas son chino, farsi, vietnamita, árabe, checo, ruso, armenio, coreano y español.
- i. **Necesidad médica/determinaciones clínicas.** La evaluación de la necesidad de tratamiento médico de cualquier paciente se basará en el criterio clínico, sin importar la situación económica ni de seguros. En los casos en que haya una condición de emergencia, se hará cualquier evaluación de arreglos económicos solo después de que se haga un examen de evaluación médica apropiado y que se presten los servicios de estabilización necesarios, según todas las leyes estatales y federales aplicables.
- j. **Reembolsos.** La Organización reembolsará a los pacientes las cantidades que pagaron en exceso de la cantidad a pagar según esta Política, incluyendo los intereses pagados, a razón del diez por ciento (10 %) anual. Si la cantidad a pagar al paciente es inferior a \$5.00 (o cualquier otra cantidad establecida por el Servicio de Impuestos Internos), la Organización no está obligada a reembolsar al paciente ni pagar intereses. La Organización reembolsará al paciente en un plazo de 30 días.
- k. **Cobros.** Para obtener más información sobre las acciones de cobro, consulte la Política de cobro de deudas.
- l. **Elaboración de informes.** La Organización presentará esta Política al Departamento de Acceso e Información de Atención Médica (“HCAI”) cada dos años antes del 1 de enero o en el plazo de los treinta (30) días posteriores a cualquier actualización de esta Política. Si no hay cambios desde que se presentó la Política anterior, la Organización deberá informar a HCAI en el plazo de los treinta (30) días anteriores al 1 de enero de la próxima fecha de informe bienal de la Organización.
- m. **Políticas y planes relacionados**
  - i. Política de cobro de deudas.
  - ii. Directrices de facturación para pacientes de la Asociación Americana de Hospitales.
- n. **Información de contacto.** Las preguntas relacionadas con esta Política se deben dirigir al director de Servicios Económicos para Pacientes.

## **APROBACIÓN POR JUNTA DIRECTIVA Y REVISIÓN CONTINUA:**

Esta Política, la Política de cobro de deudas y todos los cambios importantes a estas políticas deben ser aprobados por la Junta Directiva de la Organización. La Organización revisará periódicamente esta Política junto con la Política de cobro de deudas y el estado de los esfuerzos de cobro para asegurarse de que estén sirviendo mejor a los pacientes y a la comunidad.

## DEFINICIONES

- a. **Cantidades generalmente facturadas (Amounts Generally Billed, AGB)** significa las cantidades que se facturan generalmente por atención de emergencia o atención médicamente necesaria a los pacientes que tengan seguro que cubra tal atención; se determina según la sección 1.501(r)-5(b), Título 26, del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, C.F.R.). Más información sobre cómo la Organización calcula las AGB y las actualizaciones anuales de los porcentajes de AGB se establecerán en el Anexo D de esta Política y se incluirán en los archivos que estarán disponibles para el público en el sitio web del Departamento de Acceso e Información de Atención Médica del Estado de California en <https://syfphr.hcai.ca.gov/>.
- b. **Solicitud** se refiere a la Solicitud de ayuda económica de la Organización.
- c. **Activos** significa solo “activos monetarios”. Incluye los activos que se pueden convertir fácilmente en dinero en efectivo, como cuentas bancarias y acciones negociables en la bolsa de valores. No se considerarán planes de jubilación ni planes de remuneración a plazos (calificados y no calificados según el código del IRS). Los siguientes están excluidos de los Activos: los primeros diez mil dólares (\$10,000) de los activos monetarios de un paciente y el cincuenta por ciento (50 %) de los activos monetarios del paciente sobre los primeros diez mil dólares (\$10,000).
- d. **Elegible** significa que un paciente cumple los requisitos de ayuda económica según esta Política.
- e. **Gastos de vida esenciales** son los gastos para cualquiera de estos: alquiler o pago de casa y mantenimiento; comida y suministros para el grupo familiar; servicios públicos y teléfono; ropa; pagos médicos y dentales; seguro; escuela o cuidado infantil; manutención de menores o pensión conyugal; transporte y gastos de automóvil, incluyendo seguros, combustible y reparaciones; pagos a plazos; lavandería y tintorería, y otros gastos extraordinarios.
- f. Las **Acciones Extraordinarias de Cobro (Extraordinary Collection Actions, “ECA”)** son las actividades de cobro que la Organización no hará antes de hacer esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para recibir ayuda económica según esta Política. Las ECA se describen específicamente en la Política de cobro de deudas.
- g. **Familia** significa lo siguiente: (1) Para personas mayores de 18 años de edad, el cónyuge, la pareja doméstica y los hijos dependientes menores de 21 años, sea que vivan en casa o no, (2) para personas menores de 18 años, los padres, los familiares cuidadores y otros hijos menores de 21 años de los padres o de los familiares cuidadores.
- h. El **Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, “FPL”)** es la medida usada para determinar la pobreza en los Estados Unidos y la publica periódicamente el Departamento de Salud y Servicios Humanos (“DHHS”) en su sitio web, <http://www.dhhs.gov/porverty>.
- i. **Paciente económicamente calificado** es un paciente que pidió ayuda económica de la Organización y completó y presentó una Solicitud. La revisión de la Solicitud muestra que el paciente es elegible para recibir ayuda económica y la Solicitud está aprobada según esta Política o la Organización determinó que el paciente es posiblemente elegible para recibir ayuda económica según esta Política.
- j. La **Ayuda Económica** son arreglos según esta Política para que los servicios de atención médica se presten sin cargo o con un cargo reducido para el paciente. Los cargos reducidos son generalmente según un plan de pago o un descuento automático para los pacientes que pagan por cuenta propia.

- k. Los **Costos médicos altos** se relacionan con los gastos de bolsillo anual de un paciente cuyos ingresos familiares superan los umbrales de la Organización para recibir ayuda económica. Estos costos se consideran si son: (i) incurridos por el paciente en el hospital de la Organización que exceden los ingresos familiares actuales del paciente o los ingresos familiares en los doce (12) meses anteriores, lo que sea menor, o (ii) gastos médicos de bolsillo que excedan el diez por ciento (10 %) de los ingresos familiares del paciente, si el paciente presenta documentación de los gastos médicos del paciente pagados por el paciente o por la familia del paciente en los doce (12) meses anteriores.
- l. **Indigencia médica** es un paciente que no puede pagar los servicios debido a una atención inesperada de alto costo, pero que no califica para recibir ayuda económica según esta Póliza.
- m. **Paciente** significa un paciente actual o futuro.
- n. **Plan de pago** es un acuerdo por escrito entre la Organización y el paciente, mediante el que la Organización dio, y el Paciente aceptó, la oportunidad de pagar su obligación en cuotas mensuales que no excedan el 10 % de los ingresos familiares del paciente para un mes, excluyendo deducciones para gastos de vida esenciales.
- o. Las **Leyes estatales y federales** incluyen, entre otros:
  - i. Sección 501(r)(3) del Código de Impuestos Internos de los EE. UU.
  - ii. Código de Salud y Seguridad de California, sección 127400-127462 (Políticas de Precios Justos para Hospitales y Políticas de Precios Justos para Médicos de Emergencia).
  - iii. Proyecto de Ley de la Asamblea de California 1020: Deuda de Atención Médica y Facturación Justa, con fecha de entrada en vigor del 1 de enero de 2022.
  - iv. Proyecto de Ley 532 de la Asamblea de California: Políticas de Facturación Justa, con fecha de entrada en vigor del 1 de enero de 2022.
  - v. Guía de la Oficina General, Departamento de Salud y Servicios Humanos (“OIG”) sobre la ayuda económica para pacientes sin seguro o con seguro insuficiente, y la reglamentación del IRS.
  - vi. Cualquier reglamentación de implementación y guía de la agencia sobre cualquiera de los anteriores.

## LISTA DE ANEXOS

- A. Resumen en lenguaje sencillo
- B. Solicitud de Ayuda Económica
- C. Descripción del Descuento de Ayuda Económica
- D. Descripción de Cantidades generalmente facturadas

## **Anexo A: Resumen en lenguaje sencillo**



### **SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE AND SURPRISE BILLING PROTECTIONS (RESUMEN DE AYUDA ECONÓMICA Y PROTECCIONES CONTRA FACTURAS INESPERADAS)**

---

Como parte de nuestra misión, Pasadena Hospital Association, Ltd., que opera bajo el nombre de Huntington Hospital y The Huntington Medical Foundation, que opera bajo el nombre de Huntington Health Physicians (la “Organización”) se comprometen a dar acceso a atención médica de calidad para la comunidad y tratar a todos nuestros pacientes con dignidad, compasión y respeto. Esto incluye la prestación de servicios sin cargo, o a precios significativamente reducidos, a pacientes elegibles que no pueden pagar la atención según lo dispuesto por nuestra política de ayuda económica (la “Política”). También damos a nuestros pacientes una variedad de planes de pago y opciones para cubrir sus necesidades financieras, incluso si no califican para recibir ayuda. Este documento es nuestro resumen en lenguaje sencillo (el “Resumen”) de la Política.

#### **Elegibilidad: descuentos completos y cantidades reducidas**

La ayuda económica estará disponible para los pacientes que reciben procedimientos médicamente necesarios y cuyos ingresos y bienes monetarios (juntos, los “ingresos”) son inferiores al 400 % del nivel federal de pobreza (FPL) del año en curso. Los pacientes cuyos ingresos oscilan entre el 401 % y el 600 % del FPL también califican para recibir atención con descuento. Los descuentos disponibles para los pacientes estarán en una escala variable según el tamaño de la familia, el nivel de ingresos y el estado del seguro. Los pacientes que buscan ayuda económica para arreglos de servicios electivos necesitarán la aprobación previa del vicepresidente de Servicios Económicos para Pacientes o su persona designada. Solo los procedimientos médicamente necesarios son elegibles para la aprobación. La ayuda económica para los procedimientos electivos y para la atención de seguimiento después del alta se limita a los pacientes que viven en el área de servicio de la Organización. Si un paciente no califica para recibir servicios gratis, pero es elegible para recibir un descuento según la Política, no se le cobrarán cantidades mayores que las cantidades generalmente facturadas por la Organización por atención médica de emergencia u otra atención médicamente necesaria.

#### **Médicos y servicios**

La Política solo se aplica a los servicios prestados por la Organización y solo incluye servicios médicos si los presta Huntington Aligned Medical Group (“HAMG”) y Huntington Foundation Medical Group (“HFMG”). Excluye los centros de Randall Breast Center de la Organización, Huntington Ambulatory Surgery Center, LLC y Huntington Outpatient Imaging Centers, LLC.

#### **Solicitud de ayuda económica**

Los pacientes que busquen atención gratis o con descuento según la Política deberán completar una solicitud de ayuda económica (la “Solicitud”) y enviar la documentación necesaria. La Solicitud y la documentación pasarán por un proceso de revisión que hará la Organización.

## **Datos de contacto para obtener la Solicitud, la Póliza o más información**

Hay copias gratis de este Resumen, la Política o la Solicitud en inglés, chino, farsi, vietnamita, árabe, checo, ruso, coreano y español. Para pedir copias u obtener más información, incluyendo preguntas sobre el proceso de ayuda económica, puede:

- Preguntar a los representantes en los mostradores de registro o ingreso.
- Llamar a Servicios Financieros para Pacientes al 323-866-8600.
- Visitar el sitio web de la Organización en [huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/#financial-assistance](http://huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/#financial-assistance).

## **Arreglos para pago por cuenta propia**

Los pacientes que no califican para recibir atención médica gratis o con descuento según la Política pueden analizar otras opciones de programas de la Organización. Los pacientes que no tienen seguro pueden recibir descuentos considerables, similares a los descuentos que damos para los planes de seguros de atención médica administrada. Los servicios elegibles incluyen los servicios para pacientes ambulatorios, de emergencia y para pacientes hospitalizados.

## **Aviso reglamentario de cobros**

Remitimos algunas cuentas morosas a agencias de cobro de terceros. Estas agencias deben seguir todas las leyes federales y de California, y cumplir las políticas y procedimientos de la Organización. Para obtener más información sobre las actividades de cobro de deudas, puede comunicarse con la Comisión Federal de Comercio al teléfono 877-FTC-HELP (877-382-4357). Si su cuenta se remite a una agencia de cobro y usted tiene problemas, comuníquese con nuestros Servicios Económicos para Pacientes para obtener ayuda al 323-866-8600.

## **Protecciones contra facturas médicas sorpresa.**

Todos los pacientes tienen protecciones contra facturas médicas inesperadas. Pida una copia o consulte el “Aviso para los pacientes: sus derechos y protecciones contra facturas médicas inesperadas” en nuestro sitio web [huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/no-surprises-act-nsa-surprise-medical-bills-no-surprise-billing-policies](http://huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/no-surprises-act-nsa-surprise-medical-bills-no-surprise-billing-policies).

## **Más Recursos e información sobre facturación, tarifas y transparencia de precios:**

- Los pacientes pueden ser elegibles para los programas de asistencia del gobierno, como Medi-Cal, o también pueden ser elegibles para la cobertura subsidiada con el Intercambio de Beneficios Médicos de California (California Health Benefit Exchange) (Covered California). Si tiene preguntas sobre estos programas, coberturas y otras organizaciones que pueden ayudar, comuníquese con Health Hub al 626-397-2259.
- Si tiene preguntas sobre los gastos de bolsillo del seguro médico comercial, llame al 800-233-2771.
- Para obtener información sobre los precios y la herramienta de la Organización para los servicios en el hospital que se pueden programar con anticipación, visite [huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care](http://huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care).
- Health Consumer Alliance (HCA) ofrece asistencia gratis a los pacientes que necesitan ayuda para obtener o mantener una cobertura médica y resolver problemas con los planes médicos. Para obtener más información, visite [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org).

## Anexo B – Solicitud de Ayuda económica



### SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA

Para que lo consideren para nuestro programa de ayuda total o parcial, complete esta solicitud para ayudar a Pasadena Hospital Association, Ltd., que opera bajo el nombre de Huntington Hospital y The Huntington Medical Foundation, que opera bajo el nombre de Huntington Health Physicians (la “Organización”) a determinar si usted puede calificar para recibir atención con descuento. No podemos asegurar que usted calificará, incluso si presenta la solicitud. Se dará una respuesta por escrito a todos los pacientes que respalden la aprobación/negación después de que recibamos su solicitud y documentación completas. La Política de Ayuda Económica cubre la atención médicamente necesaria prestada en la Organización. La Política solo se aplica a los servicios prestados por la Organización y solo incluye servicios médicos si los presta Huntington Aligned Medical Group (“HAMG”) y Huntington Foundation Medical Group (“HFMG”). Excluye los centros de Randall Breast Center de la Organización, Huntington Ambulatory Surgery Center, LLC, Huntington Outpatient Imaging Centers, LLC, servicios cosméticos electivos y cualquier otro proveedor de servicio fuera de las áreas mencionadas arriba. Puede enviar la solicitud completa por correo postal, correo electrónico o fax. **NO PRESENTAR TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA DARÁ COMO RESULTADO LA DENEGACIÓN.**

**A. TENGA EN CUENTA: SI NO TIENE SEGURO Y CUMPLE LOS CRITERIOS ESPECÍFICOS DE POSIBLE ELEGIBILIDAD DE MEDI-CAL, NO ES NECESARIO QUE COMPLETE ESTA SOLICITUD.**

Verifique si está inscrito en uno de los siguientes programas:

- Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
- Incapacidad mental sin nadie que actúe en nombre del paciente
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- Elegible para Medi-Cal, pero no en la fecha de servicio
- Sin hogar
- Fallecido sin patrimonio

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre del paciente		Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Domicilio		Ciudad	Estado    Código postal
Número de la casa	Número celular	Dirección de correo electrónico	
Método de contacto preferido <input type="checkbox"/> Correo de EE.UU. <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Teléfono celular		Ingresos anuales del grupo familiar: \$	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		Número de personas en su grupo familiar (según lo reportado en sus impuestos):	
Situación laboral <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado - Última fecha en que trabajó:			
Nombre del empleador		Teléfono	
Dirección del empleador		Ciudad	Estado    Código postal

**ANEXO B (CONTINÚA)****INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE/PAREJA  
DOMÉSTICA/PADRE/MADRE/GARANTE**

Relación

 Cónyuge  Pareja doméstica  Padre/madre  Garante  Otro:

Nombre

Número de Seguro Social

Fecha de nacimiento

Situación laboral

 Empleado  Trabajador por cuenta propia  Jubilado  Discapacitado Desempleado - Última fecha en que trabajó:

Nombre del empleador

Teléfono

Dirección del empleador

Ciudad

Estado

Código postal

Nombre del seguro médico (ofrecido por el empleador, incluyendo COBRA)

 Sin seguro médico**COBERTURA DEL SEGURO**

1. ¿Es usted elegible para alguna cobertura de seguro médico?

 Seguro médico  Sí  No Medicare  Sí  No Medi-Cal  Sí  No Administración de Veteranos  Sí  No Póliza en el exterior  Sí  No

Si respondió Sí, dé la siguiente información:

Titular de la póliza

Asegurador

Número de la póliza

Titular de la póliza

Asegurador

Número de la póliza

## ANEXO B (CONTINÚA)

### PREGUNTAS DE CUESTIONARIO

1. ¿El tratamiento dado se relaciona con alguno de los siguientes?

Accidente    Delito    Lesión en el lugar de trabajo    Otro:

2. ¿Contrató a un abogado o está presentando un reclamo por su lesión o enfermedad?

a. Si respondió Sí, indique:

\_\_\_\_\_

Nombre del abogado

\_\_\_\_\_

Teléfono del abogado

3. ¿Ya envió su solicitud de Medi-Cal? (Podemos pedirle que lo haga)

Sí; en espera de aprobación    Sí; no elegible    No

a. Si respondió No, marque las que se apliquen abajo:

Es menor de 19 años

Es mayor de 65 años

Está ciego

Está tomando medicamentos para controlar la diabetes, la presión alta o las convulsiones

Está discapacitado según lo determinado por la Administración del Seguro Social

Está embarazada

Tiene hijos menores de 19 años que viven con usted

### INFORMACIÓN DE GASTOS Y ACTIVOS

Ingresos mensuales actuales	Paciente	Cónyuge	Total
Sueldo bruto	\$	\$	\$
Ingresos netos como trabajador por cuenta propia	\$	\$	\$
Intereses y dividendos	\$	\$	\$
Bienes inmuebles o propiedades de alquiler	\$	\$	\$
Seguro Social/Jubilación/Discapacidad	\$	\$	\$
Pagos de pensión alimenticia, manutención	\$	\$	\$
Otros	\$	\$	\$
<b>Ingresos mensuales totales</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>
Gastos de vida esenciales	Paciente	Cónyuge	Total
Alquiler o hipoteca	\$	\$	\$
Impuestos sobre bienes inmuebles	\$	\$	\$
Servicios públicos y teléfono	\$	\$	\$

**ANEXO B (CONTINÚA)****SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA**

Gastos de vida esenciales	Paciente	Cónyuge	Total
Pago de pensión alimenticia, manutención	\$	\$	\$
Pago de préstamo/arrendamiento de auto	\$	\$	\$
Educación	\$	\$	\$
Escuela/cuidado infantil (dependientes menores)	\$	\$	\$
Comida	\$	\$	\$
Seguro	\$	\$	\$
Otros gastos	\$	\$	\$
Gastos mensuales totales	\$	\$	\$
<b>Deuda actual por gastos médicos</b>	<b>Paciente</b>	<b>Cónyuge</b>	<b>Total</b>
Deuda por gastos médicos pendiente (Cedars-Sinai)	\$	\$	\$
Otras deudas por gastos médicos	\$	\$	\$
<b>Activos (excluyendo cuentas de jubilación)</b>	<b>Paciente</b>	<b>Cónyuge</b>	<b>Total</b>
Cuentas de cheques/ahorros/cooperativas de crédito	\$	\$	\$
Acciones y bonos	\$	\$	\$
Cuentas de mercado monetario/bróker	\$	\$	\$
Certificados de depósito	\$	\$	\$
Total de activos	\$	\$	\$

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Acepto solicitar cualquier asistencia local, estatal y federal para la que pueda ser elegible, para ayudar a aliviar el costo de cualquier factura de hospital y profesional. Entiendo que la Organización puede verificar la información presentada y autorizo a que se comuniquen con terceros para verificar la veracidad de la información presentada en esta solicitud. Entiendo que si presenté información incorrecta a sabiendas o si la solicitud contiene un error u omisión importante, ya no seré elegible para recibir ayuda económica. Si se me concedió ayuda económica antes, se puede revertir en ese momento y seré responsable del saldo pendiente.

Firma de la persona que envía la Solicitud de Ayuda Económica Fecha

Firma del cónyuge/Pareja doméstica/Garante (cuando corresponda) Fecha

## Anexo C - Descripción del Descuento de Ayuda Económica

### Descuento de Ayuda Económica Directrices federales de pobreza de 2022

Descuento para pacientes sin seguro	<u>100 %</u>	<u>95 %</u>	<u>90 %</u>	<u>85 %</u>	<u>85 %</u>
Descuento para pacientes con seguro insuficiente	<u>100 %</u>	<u>90 %</u>	<u>80 %</u>	<u>70 %</u>	<u>60 %</u>

Tamaño de la unidad familiar	Sueldo anual según el FPL 2022					
1	\$13,590	\$54,360	\$61,155	\$67,950	\$74,745	\$81,540
2	\$18,310	\$73,240	\$82,395	\$91,550	\$100,705	\$109,860
3	\$23,030	\$92,120	\$103,635	\$115,150	\$126,665	\$138,180
4	\$27,750	\$111,000	\$124,875	\$138,750	\$152,625	\$166,500
5	\$32,470	\$129,880	\$146,115	\$162,350	\$178,585	\$194,820
6	\$37,190	\$148,760	\$167,355	\$185,950	\$204,545	\$223,140
7	\$41,910	\$167,640	\$188,595	\$209,550	\$230,505	\$251,460
8	\$46,630	\$186,520	\$209,835	\$233,150	\$256,465	\$279,780
Por cada persona agregada, sume	\$4,720					
		400 %	450 %	500 %	550 %	600 %

Nota: Programa revisado por última vez 11/7/22

## **Anexo D - Descripción de Cantidades generalmente facturadas**

Cantidades generalmente facturadas (Amounts Generally Billed, AGB) significa las cantidades que se facturan generalmente por atención de emergencia o atención médicamente necesaria a los Pacientes que tengan seguro que cubra tal atención; se determina de acuerdo con la sección 1.501(r)-5(b), Título 26, del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, C.F.R.).

La Organización usará el Método Retrospectivo para determinar la cantidad máxima que se facturaría a un paciente hospitalizado elegible usando la tasa promedio de reembolso comercial y de Medicare para pacientes hospitalizados. Para beneficiar todavía más a un paciente hospitalizado elegible, la Organización usará la cantidad de reembolso AGB o MS-DRG de Medicare más baja para este episodio de atención, para determinar la responsabilidad de un paciente elegible.

La Organización usará el Método Retrospectivo para determinar la cantidad máxima que se facturaría a un paciente ambulatorio elegible usando la tasa promedio de reembolso comercial y de Medicare para pacientes ambulatorios.

La Organización usará el Método Retrospectivo para determinar la cantidad máxima que se facturaría a un paciente elegible de la sala de emergencias usando la tasa de reembolso promedio de Medicare y la sala de emergencias comercial.

Las tasas de reembolso para pacientes hospitalizados, ambulatorios y de la sala de emergencias se calculan al menos anualmente usando las cuentas de Medicare cerradas más recientemente de los últimos 12 meses.

<b>La Organización</b>	<b>Descuentos de pago por cuenta propia para personas sin seguro <sup>(1)</sup></b>	<b>% de reembolso de AGB</b>
Sala de emergencias	82 %	18 %
Paciente hospitalizado	82 %	18 %
Paciente ambulatorio	81 %	19 %

**(1) En vigor 11/7/22**