

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/PÓLIZAS DE ASISTENCIA DE CARIDAD PARCIAL DE DESCUENTO Y ASISTENCIA DE CARIDAD COMPLETA

<i>Reference Number</i>	5483
<i>Effective Date</i>	02/04/2020
<i>Applies To</i>	SERVICIOS FINANCIEROS PARA EL PACIENTE
<i>Attachments/Forms</i>	Exhibit A : Aplicacion De Asistencia Financiera Exhibit B : Programa De Asistencia Financiera Resume De Idioma Simple

I. PÓLIZA:

- A. Esta Póliza Financiera pertenece a la asistencia financiera proporcionada por Salinas Valley Memorial Hospital. De acuerdo con la Póliza de California, los hospitales no están autorizados a emplear médicos, y, en consecuencia, los servicios médicos se ofrecen por grupos médicos independientes no controlados por SVMH y que no están vinculados por esta Póliza. En consecuencia, esta Póliza de Asistencia Financiera está vigente solo para los servicios de hospital proporcionados por SVMH y específicamente excluye la asistencia médica proporcionada por médicos que pueden ser miembros del Personal Médico de SVMH. Específicamente, esta Póliza se aplica solo a los cargos de servicios hospitalarios y no es vinculante sobre otros proveedores de servicios médicos que no están empleados o contratados por el Hospital para ofrecer servicios médicos, incluso médicos que tratan a los pacientes del hospital en una emergencia, base ambulatoria o hospitalaria. Para la Asistencia Financiera relativa a su factura de los médicos de la sala de emergencia, comuníquese con Salinas Valley Emergency Medical Group al (831) 649-1000. Los médicos que proveen servicios a pacientes que no están asegurados o no pueden pagar sus facturas médicas debido a los costos elevados tal vez tendrán sus propias Pólizas de asistencias financiera para brindar ayuda.
- B. Todas las solicitudes de asistencia financiera conforme a esta Póliza para pacientes, familias de pacientes, médicos o personal del hospital deben ser abordadas conforme a esta Póliza. Sin importar nada de lo incluido en esta Póliza, ninguna persona que sea elegible para recibir asistencia financiera recibirá el cobro de más de una emergencia u otra asistencia médicamente necesaria al importe generalmente cobrado a las personas que tienen seguro que cubre dicha asistencia

II. OBJETIVO:

- A. Salinas Valley Memorial Hospital (SVMH) presta servicios a todas las personas en Salinas y la gran área de la comunidad que lo rodea. Como un Distrito de Asistencia de

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/PÓLIZAS DE ASISTENCIA DE CARIDAD PARCIAL DE DESCUENTO Y ASISTENCIA DE CARIDAD COMPLETA

Salud de California, Salinas Valley Memorial Hospital está comprometido en ofrecer servicios de alta calidad y económicos para nuestros pacientes. SVMH se esfuerza en cumplir con las necesidades de asistencia de salud a todos los pacientes que buscan servicios ambulatorios, hospitalarios y de emergencia y está comprometido en brindar acceso a los programas de asistencia financiera cuando los pacientes no están asegurados o tienen cobertura insuficiente y pueden necesitar ayuda para pagar sus facturas de hospital. La provisión a los pacientes con oportunidades de cobertura de asistencia financiera para los servicios de salud es un elemento muy importante en el cumplimiento de la misión de Salinas Valley Memorial Hospital. Este Programa de Asistencia Financiera/Póliza de Asistencia de Caridad Parcial de Descuento y Asistencia de Caridad Total (la “Póliza”) define al Programa de Asistencia Financiera de SVMH; sus criterios, sistemas y métodos. La intención de esta óliza es cumplir con los requisitos del Artículo 501(r) del Código de Ingresos Internos y todas las disposiciones deben ser interpretadas en consecuencia.

- B. Los hospitales de asistencia de cuidados intensivos de California deben cumplir con los requisitos del Código de Salud y Seguridad para las Pólizas escritas que proporcionan descuentos y asistencia de caridad para los pacientes que financieramente calificados. Esta Póliza está diseñada para cumplir con esas obligaciones legales y dispone de asistencia de caridad y descuentos a pacientes que califican financieramente según los términos y las condiciones del Programa de Asistencia Financiera de Salinas Valley Memorial Hospital.
- C. El departamento de finanzas tiene la responsabilidad del proceso y la Póliza de representación general. Incluido en este objetivo está el deber de garantizar un horario coherente, registro y tratamiento de transacciones de representación ajustadas a SVMH. Esto incluye el manejo de transacciones de contabilidad de pacientes de manera tal que respalda la misión y los objetivos operativos de Salinas Valley Memorial Hospital.

III. DEFINICIONES:

- A. Importes Generalmente Cobrados: Los importes generalmente cobrados (“IGC”) para emergencias u otros servicios médicamente necesarios para personas elegibles de recibir Asistencia de Caridad Parcial de Descuento. SVMH calcula el IGC para un paciente usando el Método Potencial, conforme se define en las Reglamentaciones de Impuesto Federal. Según el Método Potencial, IGC se calcula al usar el proceso de facturación y codificación que usaría SVHM si la persona fuese beneficiario de Medicare de tarifa por un servicio con uso de tasas Medicare actualmente vigentes

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/PÓLIZAS DE ASISTENCIA DE CARIDAD PARCIAL DE DESCUENTO Y ASISTENCIA DE CARIDAD COMPLETA

proporcionadas por los Centros para los Servicios de Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services).

- B. Asistencia de Descuento Parcial de Caridad: El descuento de asistencia de caridad Parcial se define como cualquier servicio de hospital ambulatorio o necesario médicamente o de emergencia para pacientes hospitalizados o ambulatorios sin seguro o con seguro insuficiente y 1) desea obtener ayuda con el pago de su factura del hospital; 2) tiene un ingreso entre 201% y 350% del nivel de pobreza federal actual; y 3) que ha establecido la calificación según los requisitos contenidos en la Póliza. El descuento se aplicará contra los cargos brutos para los servicios prestados por el hospital.
- C. Asistencia de Descuento Parcial de Caridad: El descuento de asistencia de caridad Parcial se define como cualquier servicio de hospital ambulatorio o necesario médicamente o de emergencia para pacientes hospitalizados o ambulatorios sin seguro o con seguro insuficiente y 1) desea obtener ayuda con el pago de su factura del hospital; 2) tiene un ingreso entre 201% y 350% del nivel de pobreza federal actual; y 3) que ha establecido la calificación según los requisitos contenidos en la Póliza. El descuento se aplicará contra los cargos brutos para los servicios prestados por el hospital.
- D. Elegibilidad Para Recibir Asistencia Financiera: La elegibilidad está disponible para cualquier paciente que reciba servicios de emergencia o servicios médicamente necesarios cuyo ingreso familiar sea inferior a 350% del actual nivel de pobreza federal, si no están cubiertos por el seguro de terceros o si están cubiertos por seguros de terceros y no pueden pagar el importe de la responsabilidad del paciente adeudado después de que el seguro haya pagado su porción de la cuenta. Según la elegibilidad de pacientes individuales, la ayuda financiera podrá concederse para la asistencia de caridad completa o asistencia de caridad parcial. La ayuda financiera puede ser negada cuando el paciente u otro representante familiar responsable no cumple con los requisitos de la Póliza de asistencia financiera.
- E. Acciones de Cobro Extraordinarias: Las acciones extraordinarias de cobro significan una acción de cobro que requiere de un proceso legal o judicial, que implica la venta de la deuda a otro partido, la presentación de información adversa a las agencias de crédito u oficinas, o diferir o negar, o requerir un pago antes de proporcionar, la asistencia médica necesaria por falta de pago de uno o más cobros por servicios médicos proporcionados anteriormente y amparado en la Póliza de Asistencia Financiera de SVMH. Las acciones que requieren un proceso legal o judicial para este

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/PÓLIZAS DE ASISTENCIA DE CARIDAD PARCIAL DE DESCUENTO Y ASISTENCIA DE CARIDAD COMPLETA

propósito incluyen 1) colocar un derecho de retención; 2) la ejecución hipotecaria sobre bienes inmuebles; 3) embargo o incautación de cuentas bancarias u otros bienes; 4) iniciar una acción civil contra un individuo; 5) acciones que provocan la detención de un individuo; 6) acciones que causan que un individuo sea objeto de apego corporal; y 7) embargo de salarios.

- F. Familia: La familia del paciente se define como: 1) Personas de 18 años y mayores, cónyuge, pareja e hijos dependientes menores de 21 años de edad, si viven en casa o no; y 2) Personas menores de 18 años de edad, padres, parientes del tutor y otros niños menores de 21 años de edad de los padres del cuidador familiar.
- G. Asistencia de Caridad Completa: La asistencia de caridad completa se define como cualquier servicio médicamente necesario o de emergencia para pacientes hospitalizados o ambulatorios proporcionados a un paciente que tiene ingresos inferiores al 200% del actual nivel de pobreza federal y no puede pagar por la asistencia medica y que tiene una calificación establecida conforme a los requisitos contenidos en la SVMH Póliza de asistencia financiera.
- H. Participación de Costo Medi-Cal. Conforme lo obligatorio por la ley estatal, las obligaciones del paciente para la participación de Medi-Cal de los pagos de costos no se renunciarán bajo ninguna circunstancia.

IV. INFORMACION GENERAL:

A. ASISTENCIA DE CARIDAD TOTAL E INFORME DE ASISTENCIA DE CARIDAD PARCIAL

1. SVMH informará acerca de la atención de caridad actual proporcionada de acuerdo con los requisitos reglamentarios de la Oficina de Planificación y Desarrollo de Salud Nacional (OSHPD), conforme esté incluido en el Manual de Contabilidad e Información para Hospitales. Para cumplir con la normativa, el hospital mantendrá la documentación escrita con respecto a sus criterios de asistencia de caridad, y para los pacientes individuales, el hospital mantendrá la documentación escrita relativa a todas las determinaciones de atención de caridad. Conforme es solicitado por OSHPD, la asistencia de caridad prestada a los pacientes se registrará en base a gastos reales por los servicios prestados.
2. SVMH proporcionará a OSHPD una copia de esta Póliza de ayuda financiera que incluye las Pólizas de asistencia de caridad completa y de asistencia de caridad parcial en un solo documento. La Póliza de asistencia financiera también contiene:

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/PÓLIZAS DE ASISTENCIA DE CARIDAD PARCIAL DE DESCUENTO Y ASISTENCIA DE CARIDAD COMPLETA

1) todos los procedimientos de elegibilidad y calificación del paciente; 2) la aplicación unificada para la asistencia de caridad completa y la asistencia de caridad parcial de descuento; y 3) el proceso de revisión, tanto para asistencia de caridad completa y asistencia de caridad parcial de descuento. Estos documentos serán suministrados a OSHPD cada dos años o cada vez que se realice un cambio significativo. Los médicos de urgencias son independientes de SVMH, por lo tanto tienen su propio programa de asistencia financiera.

B. SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

1. El programa de asistencia financiera de SVMH utiliza una aplicación unificada y única de paciente para el cuidado completo de la caridad y la asistencia parcial de caridad de descuento. El proceso está diseñado para dar a cada solicitante una oportunidad para obtener el beneficio máximo de ayuda financiera para lo que pueden calificar. La solicitud de asistencia financiera proporciona información al paciente que es necesaria para determinar la calificación de paciente por el hospital y dicha información se utilizará para calificar al paciente o a la familia para máxima cobertura conforme al Programa de asistencia de SVMH. La solicitud de asistencia financiera se adjunta como Anexo B de esta Póliza. La solicitud incluye el número de teléfono y la oficina para llamar si el paciente tiene cualquier pregunta sobre el programa de asistencia financiera o la solicitud del mismo. El paciente tiene un máximo de doscientos cuarenta (240) días siguientes a la fecha de la primera declaración posterior de alta para presentar una solicitud de asistencia financiera.
2. Los pacientes elegibles pueden calificar para el programa de asistencia financiera de SVMH siguiendo las instrucciones de solicitud y haciendo todos los esfuerzos razonables para proveer al hospital toda la información de los beneficios de salud y documentación solicitados, la información de cobertura de a seguridad para que el Hospital pueda hacer una determinación de la calificación del paciente para la cobertura bajo el programa. En la determinación de elegibilidad para ayuda financiera, SVMH no solicitará información adicional que no sea la información requerida en la solicitud de asistencia financiera. Un paciente que busca asistencia financiera, sin embargo, puede voluntariamente proporcionar información adicional si así lo desea. Solo la elegibilidad no es un derecho para la cobertura, conforme el programa de asistencia financiera. SVMH debe completar un proceso de evaluación de solicitante y determinar la cobertura antes de brindar asistencia de caridad completa o asistencia de caridad parcial de descuento. La siguiente información será considerada en la determinación de la elegibilidad del paciente

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/PÓLIZAS DE ASISTENCIA DE CARIDAD PARCIAL DE DESCUENTO Y ASISTENCIA DE CARIDAD COMPLETA

para recibir asistencia financiera: Ingresos del paciente o la familia, tamaño de la familia del paciente, ingresos familiares.

3. El programa de asistencia financiera se basa en la cooperación de los pacientes individuales que pueden ser elegibles para recibir asistencia total o parcial. Todos los pacientes que no pueden demostrar cobertura financiera por aseguradores de tercera parte tendrá la oportunidad de completar la solicitud de asistencia financiera. Además, los pacientes sin seguro médico recibirán información, asistencia y derivación a programas gubernamentales patrocinados para los que sean elegibles. Los pacientes asegurados que son incapaces de pagar las deudas de paciente después de pagar su seguro o los que experimentan altos costos médicos, también pueden ser elegibles para recibir ayuda financiera. Cualquier paciente que solicite ayuda financiera deberá completar una solicitud de asistencia financiera.
4. La solicitud de ayuda financiera debe ser completada dentro de los catorce (14) días por el paciente o tan pronto como sea posible después de eso. El formulario de solicitud puede ser completado durante una estancia del paciente o después de que los servicios se han completado y el paciente ha sido dado de alta.
5. La entrega de una solicitud de asistencia financiera completada proporciona:
 - La información necesaria para el hospital para determinar si el paciente tiene ingresos suficientes para pagar los servicios;
 - Documentación útil para determinar la calificación de asistencia financiera; y
 - Una pista de auditoría que documenta el compromiso del hospital para brindar asistencia financiera.
6. Sin embargo, una solicitud de ayuda financiera completa no es necesaria si SVMH determina tener suficiente información financiera para el paciente de fuentes públicas para tomar una decisión de calificación de asistencia financiera.

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/PÓLIZAS DE ASISTENCIA DE CARIDAD PARCIAL DE DESCUENTO Y ASISTENCIA DE CARIDAD COMPLETA

V. PROCEDIMIENTO:

A. Calificación: Asistencia de Caridad Completa y Asistencia de Caridad Parcial de Descuento

- La calificación para la asistencia financiera parcial de descuento o completa se determinará exclusivamente por el paciente y/o la capacidad de pago del representante familiar del paciente. La calificación para asistencia financiera no se basará de ninguna manera en la edad, sexo, orientación sexual, etnia, nacionalidad, estado de veterano, discapacidad o religión.
- El paciente y/o el representante familiar del paciente que solicite asistencia al cumplir con su obligación financiera con el hospital hará todos los esfuerzos razonables para brindar la información necesaria para que el hospital tome una determinación de calificación de asistencia financiera. El hospital proporcionará guía y/o asistencia directa a los pacientes o a sus representantes familiares, conforme sea necesario para facilitar la finalización de las aplicaciones del programa. La terminación de la solicitud de asistencia financiera y la presentación de toda la información complementaria obligatoria puede ser necesaria para establecer la calificación para el Programa de Asistencia Financiera.
- La calificación del Programa de Asistencia Financiera se determina después de que el paciente o el representante familiar del paciente establece elegibilidad conforme los criterios incluidos en esta Póliza. Si bien la asistencia financiera no se brindará en una base arbitraria o discriminatoria, el hospital tiene la absoluta discreción, coherente con las leyes y las reglamentaciones, para establecer los criterios de elegibilidad y determinar cuándo un paciente presentó evidencia suficiente de calificación para asistencia financiera.
- Los pacientes o sus representantes familiares pueden completar una solicitud para el Programa de Asistencia Financiera. La solicitud y los documentos complementarios obligatorios se presentan al Departamento de Servicios Financieros al Paciente en SVMH. Esta oficina estará claramente identificada en las instrucciones de la solicitud y se brindará un número de teléfono para pacientes que buscan asistencia para completar la solicitud.
- SVMH ofrecerá personal que esté capacitado para revisar las solicitudes de asistencia financiera para observar la exactitud y eficacia. Las revisiones de

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/PÓLIZAS DE ASISTENCIA DE CARIDAD PARCIAL DE DESCUENTO Y ASISTENCIA DE CARIDAD COMPLETA

solicitudes se completarán lo antes posible considerando la necesidad del paciente de una respuesta oportuna.

- Una determinación de ayuda financiera se hará solo por el personal del hospital aprobado de acuerdo con los siguientes niveles de autoridad:
 1. Director de Servicios Financieros de Pacientes: Representa menos de \$75.000
 2. CFO: Cuentas entre \$75.000,01 a \$250.000.00
 3. CEO: Cuentas de más de \$250,000.01.
 - Las cuentas con un valor superior a \$75.000.01 requieren dos firmas para su aprobación.
 - Los criterios de calificación se utilizan en la presentación de cada determinación de caso individual para la cobertura conforme el programa de asistencia financiera SVMH. La ayuda financiera se otorgará en cada determinación individual de necesidad económica según los criterios de elegibilidad del programa de asistencia financiera contenidos en esta Póliza.
 - La calificación del programa de asistencia financiera puede concederse para cuidado de caridad completo (100% servicios gratuitos) o asistencia de caridad parcial de descuento (cuidado de caridad de menos de 100%), dependiendo del paciente o nivel de elegibilidad del representante de la familia, conforme son definidos en la Póliza de programa de asistencia financiera.
 - Una vez determinado, la calificación del programa de asistencia financiera se aplicará a los servicios específicos y a las fechas de servicio para las que se presentó la solicitud por el paciente y/o representante familiar del paciente. En casos de asistencia continua relacionada con el diagnóstico de un paciente que requiere servicios continuos, servicios relacionados, el hospital, a su criterio, puede tratar la asistencia continua como un solo caso para el cual se aplica la calificación de todos los servicios continuos relacionados del hospital. Otros saldos de cuenta de paciente preexistentes pendientes al momento de la determinación de la calificación por el hospital puede ser incluidos como destinatarios elegibles de la cancelación a criterio de la gerencia.
- B. Niveles de Calificación de Ingreso de Asistencia de Caridad Parcial de Descuento y de Asistencia Completa

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/PÓLIZAS DE ASISTENCIA DE CARIDAD PARCIAL DE DESCUENTO Y ASISTENCIA DE CARIDAD COMPLETA

- Si el ingreso familiar bruto del paciente es 200% o menos del nivel de ingresos de pobreza establecido, basados en las directrices actuales de la FPL y los lineamientos actuales FPL y el paciente cumple con los otros requisitos del programa de asistencia financiera de calificación, la porción entera de responsabilidad del paciente (100%) se amortizará de la factura por servicios.
- Si el ingreso familiar bruto del paciente es entre 201% y 350% del nivel de ingresos de pobreza establecido, basado en las directrices actuales de FPL, y el paciente cumple con todos los demás requisitos de calificación del programa de asistencia financiera, se aplicará lo siguiente:
- El Cuidado Del Paciente No Está Cubierto Por Un Pagador. Si los servicios no están cubiertos por cualquier tercero pagador, a fin de que el paciente sea normalmente responsable por todos los gastos cobrados en su totalidad, la obligación de pago del paciente será el importe bruto del programa de Medicare pagado por el servicio si el paciente fuera un Beneficiario de Medicare.
- Cuidado Del Paciente Cubierto Por Un Pagador. Si los servicios están cubiertos por un tercero pagador para que el paciente sea responsable de solo una parte de los gastos facturados (por ejemplo, un deducible o copago), la obligación de pago del paciente será una cantidad igual a la diferencia entre lo que el seguro ha pagado y el importe bruto que Medicare hubiera pagado por el servicio si el paciente era beneficiario de Medicare. Si la cantidad pagada por seguro excede lo que Medicare hubiera pagado, el paciente no tendrá ninguna otra obligación de pago.

C. Planes de Pago

- Cuando una determinación asistencia de caridad parcial de descuento ha sido realizada por el hospital, el paciente tendrá la opción de pagar cualquier saldo pendiente adeudado en un pago de suma global o a través de un plan de pago del plazo programado.
- El hospital analizará las opciones de plan de pago con cada paciente que pide para hacer los arreglos para los pagos a plazo. Se organizarán planes de pago individuales basados en la capacidad del paciente para pagar. Como norma general, se estructurarán los planes de pago durante no más de 12 meses. El hospital deberá negociar de buena fe con el paciente; sin embargo, donde no puede llegar a un acuerdo sobre un plan de pago se requiere que los pagos

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/PÓLIZAS DE ASISTENCIA DE CARIDAD PARCIAL DE DESCUENTO Y ASISTENCIA DE CARIDAD COMPLETA

mensuales no excedan el 10% del ingreso familiar de un paciente durante un mes sin incluir las deducciones para "gastos esenciales". Los gastos de vida esenciales se definen como cualquiera de los siguientes gastos: alquiler o pagos de la casa (incluso los gastos de mantenimiento), alimentos y suministros domésticos, servicios y teléfono, ropa, pagos, pagos médicos y odontológicos, seguro, escuela o manutención de niños, gastos de transporte y automóviles (incluso seguro, combustibles y reparaciones), pagos de entrega, servicio de lavandería y gastos de limpieza y otros gastos extraordinarios. No se cobrarán intereses al paciente durante el plan de pago acordado conforme las disposiciones de la Póliza de asistencia financiera.

D. Circunstancias Especiales

- Cualquier evaluación de asistencia financiera relativa a los pacientes cubiertos por el programa de Medicare debe incluir un análisis razonable de todos los pacientes activos, pasivos, los ingresos y gastos, antes de la calificación de elegibilidad para el programa de asistencia financiera. Dichas evaluaciones de asistencia financiera deben realizarse antes de finalizar el servicio por SVMH.
- Si se determina que un paciente no tiene hogar, será supuestamente elegible para el programa de asistencia y la asistencia de caridad completa.
- Los pacientes tratados en el departamento de emergencias, para quienes el hospital debe emitir un resúme de facturación pueden tener amortizados sus gastos de cuenta como asistencia de caridad. Todas esas circunstancias serán identificadas en las notas de cuenta del paciente como una parte esencial del proceso de documentación.

E. Otras Circunstancias Supuestamente Elegibles

- SVMH considera que esos pacientes que son elegibles para un programa de asistencia de bajos ingresos patrocinado por el gobierno (por ejemplo, Medi-Cal, Healthy Families, California Children's Services y cualquier otro programa de bajos ingresos local o estatal vigente) para ser indigentes o presumiblemente elegibles para la asistencia de caridad completa conforme a esta Póliza. Por lo tanto, esos pacientes son elegibles conforme a esta Póliza de asistencia financiera cuando el pago no se realiza por el programa gubernamental.

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/PÓLIZAS DE ASISTENCIA DE CARIDAD PARCIAL DE DESCUENTO Y ASISTENCIA DE CARIDAD COMPLETA

- La parte de la cuenta del paciente de Medicare (a) para la cual el paciente es financieramente responsable (coseguro e importes deducibles), (b) que no está cubierta por seguro ni cualquier otro pagador incluso Medi-Cal, y (c) no es reintegrable por Medicare como una deuda incobrable puede clasificarse como una asistencia de caridad si:
 1. El paciente es un beneficiario de Medi-Cal u otro programa que sirve a las necesidades de salud de pacientes de bajos ingresos; o
 2. El paciente no califica para asistencia financiera en virtud de la presente Póliza y luego solo en la medida de la liquidación prevista en virtud de la presente Póliza.
- Cualquier paciente que tiene un ingreso que supera el 350% del FPL y experimenta un evento médico catastrófico puede ser considerado elegible para la ayuda financiera. Estos pacientes, a los que tienen altos ingresos no califican para la rutina de asistencia de caridad completa o asistencia de caridad parcial de descuento. No obstante, la contraprestación como un evento médico catastrófico puede hacerse sobre una base de caso por caso. La determinación de un evento médico catastrófico se basará en la cantidad de la responsabilidad del paciente en cargos facturados y examen de los ingresos y activos del individuo, como se informó al momento de lo ocurrido. La dirección debe usar un criterio razonable para tomar una determinación sobre la base de un evento médico catastrófico. Como norma general, cualquier cuenta con una responsabilidad de paciente por los servicios prestados que superan \$75,000.00 pueden ser considerados para la elegibilidad como un evento médico catastrófico.
- Cualquier cuenta devuelta al hospital de una agencia de cobranza que ha determinado que el paciente o el representante de la familia no tiene los recursos para pagar su factura, puede ser considerada elegible para cuidado caritativo. La documentación de la paciente o representante de la familia, la incapacidad para pagar los servicios se mantendrá en el archivo de documentación de asistencia de caridad.
- Todas las cuentas devueltas de una agencia de cobranzas para reasignación de impago a asistencia de caridad serán evaluadas por personal del hospital antes de realizar cualquier re-clasificación dentro del hospital, el sistema de contabilidad y sus registros.

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/PÓLIZAS DE ASISTENCIA DE CARIDAD PARCIAL DE DESCUENTO Y ASISTENCIA DE CARIDAD COMPLETA

F. Solución De Controversias

- En caso de que una disputa sobre la elegibilidad, el paciente puede presentar una apelación por escrito para la reconsideración con el hospital. La apelación por escrito debe contener una explicación completa de las diferencias de la paciente y justificación de reconsideración. Cualquier documentación pertinente adicional para apoyar la afirmación del paciente debe sujetarse a la apelación por escrito.
- Cualquiera o todas las apelaciones serán revisadas por el director del hospital de los servicios financieros de los pacientes. El director tendrá en cuenta todas las declaraciones escritas de diferencia, y cualquier documentación adjunta. Después de completar un examen de reclamaciones del paciente, el director proporcionará al paciente una explicación por escrito de los resultados y la determinación.
- En el caso de que el paciente crea que una disputa permanece después de examinar el recurso presentado por el director de servicios financieros del paciente, el paciente puede solicitar por escrito, una revisión por el director financiero del hospital. El director de finanzas o CFO revisará la apelación por escrito del paciente y la documentación, así como los hallazgos del director de servicios financieros del paciente. El director financiero o CFO deberá tomar una determinación y proporcionar una explicación por escrito de los hallazgos para el paciente. Todas las determinaciones por el director financiero serán finales y definitivas. No hay más apelaciones.

G. Acciones De Cobro Extraordinarias

Si un paciente no solicita asistencia financiera o se le niega la asistencia financiera o no paga sus cuentas, el paciente puede estar sujeto a varias acciones de cobro, incluso las acciones de cobro extraordinarias.

No obstante lo anterior, ni SVMH ni ninguna agencia de cobranza con la que se trabaje podrá desempeñar cualquier acción extraordinaria de cobro: (1) dentro de los primeros ciento cincuenta (150) días de la primera declaración de alta enviada a un paciente y (2) sin primero hacer los esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera conforme esta Póliza. Además, e incluso si las dos condiciones anteriores se cumplen, ninguna acción extraordinaria de cobranza puede tomarse en cualquier momento, a menos se presente un aviso por escrito primero al paciente al menos con 30 días antes de iniciar las ECA pretendidas y dicha notificación

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/PÓLIZAS DE ASISTENCIA DE CARIDAD PARCIAL DE DESCUENTO Y ASISTENCIA DE CARIDAD COMPLETA

establece claramente la acción de cobro extraordinaria que se tomará en caso de falta de pago y también incluye una copia del resume en términos sencillos de la Póliza (Anexo B). Si el paciente solicita asistencia financiera, todas las acciones de cobro extraordinarias que están en el proceso serán suspendidas de inmediato pendiente la decisión en la solicitud del paciente.

H. Notificación Pública

- SVMH deberá difundir ampliamente la existencia y los términos de su Póliza de asistencia financiera a través de su área de servicio. Para ello, SVMH deberá publicar avisos informando al público sobre el programa de asistencia financiera en áreas de alto tráfico como en hospitalización de alto volumen y áreas de servicios ambulatorios del hospital, incluso, entre otros, el departamento de emergencia, la oficina de facturación, las áreas de registro de admisión y ambulatorio, la hospitalización u otras áreas comunes ambulatorias del hospital. Los avisos se publicarán también en cualquier lugar donde un paciente puede pagar su factura. Estos avisos incluirán la información de contacto sobre cómo un paciente puede obtener más información sobre la ayuda financiera al igual que la forma de poder solicitarla. Además, SVMH deberá publicar una copia de esta Póliza, el resume de lenguaje simple y la solicitud de asistencia financiera en su página web y hacer que todos esos documentos estén disponibles para su descarga gratuita.
- SVMH incluirá el resume de idioma simple de esta Póliza como parte de la Condición de Admisión durante el proceso de registro o inscripción. SVMH incluirá también un resume de idioma simple (Anexo B) en al menos un correo después de alta. Además, cada factura al alta de un paciente posteriormente deberá incluir un aviso escrito como una inserción del resume de idioma simple que: (1) informa al paciente en cuanto a la disponibilidad de ayuda financiera; (2) incluye un número de teléfono de la oficina o el departamento que puede aconsejar a pacientes en cuanto a la disponibilidad de ayuda financiera; y (3) incluye una dirección de web directa (URL) donde se pueden descargar copias de esta Póliza, resume de idioma simple y la solicitud de asistencia financiera.
- Finalmente, SVMH hará las traducciones de esta Póliza, del resume de idioma simple y la solicitud de asistencia financiera disponibles en español y en cualquier otro idioma que sea el idioma principal de menos de 1,000 personas o 5% de la población de comunidades a las que SVMH presta servicios.

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/PÓLIZAS DE ASISTENCIA DE CARIDAD PARCIAL DE DESCUENTO Y ASISTENCIA DE CARIDAD COMPLETA

I. Confidencialidad

- Se reconoce que la necesidad de asistencia financiera es una cuestión delicada y profundamente personal para los destinatarios. Se mantendrá confidencialidad de las solicitudes, información y financiamiento para todos los pacientes que buscan o reciben asistencia financiera. La orientación del personal y la selección del personal que implementará esta Póliza deberá guiarse por estos valores.

J. Requisitos De Buena Fe

- SVMH hace los acuerdos para el apoyo financiero de asistencia médica a los pacientes calificados de buena fe y se basa en el hecho de que la información presentada por el paciente es completa y exacta.
- La prestación de asistencia financiera no elimina el derecho de facturar, ya sea retrospectivamente o al momento del servicio, para todos los servicios cuando la información fraudulenta, inexacta o incompleta se haya proporcionado por el paciente o representante familiar. Además, SVMH se reserva el derecho de buscar todos los recursos, incluso, entre otros, los daños civiles y penales de los que han facilitado datos falsos, inexactos o incompletos con el fin de calificar para el Programa de Asistencia Financiera SVMH.

K. Educación/Capacitación

SVMH se asegurará de que todos los empleados con probabilidad de encontrar pacientes que puedan tener necesidades financieras puedan estar totalmente informados y puedan tener acceso a esta Póliza, el resume de idioma simple y la solicitud de asistencia financiera.

L. Documentación

- A. Solicitud de asistencia financiera de SVMH, la hoja de trabajo de asistencia financiera, y los lineamientos de pobreza federal
- B. Resume de idioma simple

**PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/PÓLIZAS DE
ASISTENCIA DE CARIDAD PARCIAL DE DESCUENTO Y
ASISTENCIA DE CARIDAD COMPLETA**

C. Referencias

A. AB 774 (Chan, Chapter 755, Statutes of 2006)

B. Lineamientos de pobreza federal

<u>Firma en archivo</u>	<u>Aprobado</u>
Augustine Lopez	Fecha
CFO	

<u>Firma en archivo</u>	<u>Aprobado</u>
Charlotte Wayman	Fecha
Directora	

FECHA DE FORMULACIÓN: 16/07/2002

REVISIÓN: TODOS LOS AÑOS

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/PÓLIZAS DE ASISTENCIA DE CARIDAD PARCIAL DE DESCUENTO Y ASISTENCIA DE CARIDAD COMPLETA

ANEXO A

Salinas Valley Memorial Hospital Aplicacion De Asistencia Financiera

INSTRUCCIONES

1. Complete todas las áreas en el formulario de solicitud adjunto. Si alguna área no corresponde a su opción, escriba N/D en el espacio proporcionado.
2. Adjunte una página adicional si necesita más espacio para responder a una pregunta.
3. Usted debe proveer una prueba del ingreso familiar cuando presente esta solicitud. Los siguientes documentos se aceptan como prueba de ingreso
Si presentó declaración federal de ingresos, debe enviar una copia de:
 - a. Declaración federal de Ingresos (Formulario 1040) del año más reciente. Debe incluir todas las formas tal como se envían al Departamento de Hacienda;**Si no presentó una declaración federal de ingresos proporcione lo siguiente:**
 - a. Dos (2) talones de nomina recientes; y
 - b. Una carta que explique por qué no presentó una declaración federal de ingresos.**Si no tiene ingresos, presente una carta que explique cual es su sustento para usted y a su familia.**
4. Su solicitud no puede ser procesada hasta que toda la información solicitada sea proporcionada.
5. Es importante que complete y presente la solicitud de asistencia financiera junto con todos los documentos requeridos antes de catorce (14) días.
6. Usted debe firmar y colocar la fecha en la solicitud. Si el paciente / garante y el cónyuge proveen información, ambos deben firmar la solicitud.
7. Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro representante de cuenta.
8. Envíe o devuelva su solicitud completa a:

Salinas Valley Memorial Hospital
Departamento De Servicios Financieros Para El Paciente
3 Rossi Circle, Suite C
Salinas, CA 93907
(831) 755-0732 • Toll Free (888) 755-7864

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/PÓLIZAS DE ASISTENCIA DE CARIDAD PARCIAL DE DESCUENTO Y ASISTENCIA DE CARIDAD COMPLETA

Salinas Valley Memorial Hospital Aplicacion De Asistencia Financiera

INSTRUCCIONES

1. Complete todas las áreas en el formulario de solicitud adjunto. Si alguna área no corresponde a su opción, escriba N/D en el espacio proporcionado.
2. Adjunte una página adicional si necesita más espacio para responder a una pregunta.
3. Usted debe proveer una prueba del ingreso familiar cuando presente esta solicitud. Los siguientes documentos se aceptan como prueba de ingreso
Si presentó declaración federal de ingresos, debe enviar una copia de:
 - a. Declaración federal de Ingresos (Formulario 1040) del año más reciente. Debe incluir todas las formas tal como se envían al Departamento de Hacienda;**Si no presentó una declaración federal de ingresos proporcione lo siguiente:**
 - a. Dos (2) talones de nomina recientes; y
 - b. Una carta que explique por qué no presentó una declaración federal de ingresos.**Si no tiene ingresos, presente una carta que explique cual es su sustento para usted y a su familia.**
4. Su solicitud no puede ser procesada hasta que toda la información solicitada sea proporcionada.
5. Es importante que complete y presente la solicitud de asistencia financiera junto con todos los documentos requeridos antes de catorce (14) días.
6. Usted debe firmar y colocar la fecha en la solicitud. Si el paciente / garante y el cónyuge proveen información, ambos deben firmar la solicitud.
7. Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro representante de cuenta.
8. Envíe o devuelva su solicitud completa a:

Salinas Valley Memorial Hospital
Departamento De Servicios Financieros Para El Paciente
558 B Abbott Street
Salinas, CA 93901
(831) 755-0732 • Toll Free (888) 755-7864

**PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/PÓLIZAS DE
ASISTENCIA DE CARIDAD PARCIAL DE DESCUENTO Y
ASISTENCIA DE CARIDAD COMPLETA**

**Salinas Valley Memorial Hospital
Applicacion De Asistencia Financiera**

NOMBRE DE PACIENTE/ GARANTE		NOMBRE CÓNYUGE	
DOMICILIO		TELÉFONO	
		Particular	
		Laboral	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL			
Paciente/ Garante		Cónyuge	

ESTADO FAMILIAR Enumere todos los dependientes que usted mantiene que aparecen en su Declaración Federal de Ingresos.		
Nombre	Edad	Relación

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/PÓLIZAS DE ASISTENCIA DE CARIDAD PARCIAL DE DESCUENTO Y ASISTENCIA DE CARIDAD COMPLETA

INFORMACIÓN SOBRE SU EMPLEO	
Empleador Paciente / Garante	Cargo
Persona de contacto / Supervisor	Teléfono
Empleador Cónyuge	Cargo
Persona de contacto / Supervisor	Teléfono

INGRESO FAMILIAR		
	Paciente/ Garante	Cónyuge
1. Salario anual en Bruto (antes de las deducciones)		
2. Ingreso anual de empleo independiente		
3. Otros Ingresos:		
3. Intereses & Dividendos		
4. Alquileres y Arrendamientos de Inmuebles		
5. Ingresos de retiro del departamento de Seguro Social		
6. Pensión Alimentaria		
7. Manutención de hijos		
8. Desempleo / discapacidad		
9. Asistencia pública		
10. Todas las demás fuentes (adjunte lista)		
INGRESO TOTAL (agregar líneas 1-10 anterior)		

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/PÓLIZAS DE ASISTENCIA DE CARIDAD PARCIAL DE DESCUENTO Y ASISTENCIA DE CARIDAD COMPLETA

ANEXO A



Salinas Valley
Memorial
Healthcare System

ASISTENCIA DE CARIDAD

HOJA DE ELEGIBILIDAD SVMHS

Cuenta Número	Nombre de Paciente	.
<hr/>		
Ingreso mensual total		.
<hr/>		
Soporte Habitación/ Junta	+	.
<hr/>		
Necesidades de mantenimiento	-	.
<hr/>		
Propiedad personal		.
<hr/>		
Factor de propiedad personal	-	.
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
Ingreso familiar anual		.
<hr/>		
Tamaño de familia.....		
Importe lineamiento de pobreza		.
<hr/>		
0% de lineamiento de pobreza		
0% de cobertura (si % de cobertura bajo 100% todo cubierto)		.
<hr/>		
Pobreza permitida	-	300%
<hr/>		
% de lineamiento de pobreza (Si más de 200%, todo cubierto)	=	.
<hr/>		
% paciente adeuda	x	.
total de gastos		.
<hr/>		
\$ paciente adeuda		.
<hr/>		
Amortización de caridad		.
<hr/>		
Aprobado por:	Hasta \$75,000	Fecha: .
<hr/>		
		Fecha .
<hr/>		
CFO (75,000.01 - \$250,000.00)		
<hr/>		
		Fecha .
<hr/>		
CEO (> \$250,000.01)		

**PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/PÓLIZAS DE
ASISTENCIA DE CARIDAD PARCIAL DE DESCUENTO Y
ASISTENCIA DE CARIDAD COMPLETA**

ANEXO A

 2020 Federal Poverty Guidelines			
Number in Family	*Poverty Guidelines	200%	350%
1	\$12,760	\$25,520	\$44,660
2	\$17,240	\$34,480	\$60,340
3	\$21,720	\$43,440	\$76,020
4	\$26,200	\$52,400	\$91,700
5	\$30,680	\$61,360	\$107,380
6	\$35,160	\$70,320	\$123,060
7	\$39,640	\$79,280	\$138,740
8	\$44,120	\$88,240	\$154,420
Over 8 Add For Each Person	\$4,480		

* SOURCE : <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> - Effective Date 01/15/20

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/PÓLIZAS DE ASISTENCIA DE CARIDAD PARCIAL DE DESCUENTO Y ASISTENCIA DE CARIDAD COMPLETA

ANEXO B



PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA RESUME DE IDIOMA SIMPLE

Como parte vital de su misión de caridad, Salinas Valley Memorial Hospital (SVMH) presta servicios para todas las personas en Salinas y la mayor parte de el area de la comunidad. Proporciona asistencia financiera para los servicios elegibles del hospital medicamento necesarios, y de emergencia para los pacientes que no pueden pagar sus facturas de hospital y quienes solicitan y cumplen con los requisitos de elegibilidad en nuestra Póliza de Asistencia Financiera (la "Póliza"). Conforme a la Póliza, si el ingreso bruto de la familia es de 200% o menos del Nivel de Pobreza Federal establecido ("FPL") y el paciente cumple con todos los demas requisitos de calificacion del Programa de Asistencia Financiera, toda la factura del paciente por los servicios del hospital seran ajustados. Asi mismo, si el ingreso familiar bruto del paciente es de 201% y 350% del FPL, y el paciente solicita y cumple con todos los requisitos de calificacion del Programa de Asistencia Financiera, el paciente puede tener derecho a recibir descuentos de sus obligaciones financieras. Observe que los servicios del medico se ofrecen por Grupos Medicos independientes que no estan empleados por SVMH y en consecuencia, no estan amparados por esta Póliza y se les cobraran en forma separada por el grupo medico.

Para solicitar asistencia financiera, un paciente solo debe completar un formulario de solicitud de asistencia financiera y proveer la informacion requerida. La solicitud puede obtenerse y completarse en la oficina de Servicios Financieros para el Paciente localizada en el 558 Abbott Street, Suite B, Salinas, CA 93901. Si lo prefiere, puede pedir un formulario de solicitud de asistencia financiera (al igual que una copia de la Póliza de Asistencia Financiera) por correo a 558 Abbott Street, Suite B, Salinas, CA 93901 o puede descargar copias gratuitas de Internet en <https://www.svmh.com/Patients-Visitors/For-Patients/Billing-Insurance.aspx>.

La solicitud y la Póliza tambien estan disponibles en español si lo necesita.

Si necesita ayuda para obtener o completar una solicitud, comuniquese con Servicios Financieros para el Paciente al 831-755-0732.

Si tiene preguntas sobre la Póliza de Asistencia Financiera de SVMH, incluso si es elegible para recibir asistencia financiera, y la manera de solicitar asistencia financiera, comuniquese con Servicios Financieros para el Paciente al 831-755-0732.

Como se describe en mas detalle en la Póliza, los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera no deberan pagar mas de los importes cobrados en general a los pacientes de Medicare. La Póliza de Asistencia Financiera, la Solicitud de Asistencia Financiera y este Resume de Idioma Simple estan traducidos al español.