POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA:

ATENCIÓN CARITATIVA Y PAGOS CON DESCUENTO

ID de Declaración de la Política	17750299
Fecha de Vigencia	26/8/2025
Se aplica a	SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES

I. DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA:

A. A ninguna persona que se determine que es elegible para recibir asistencia financiera se le cobrará más por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que el monto que Salinas Valley Health Medical Center ("SVHMC" o el "hospital") esperaría de buena fe de Medicare.

II. PROPÓSITO:

A. SVHMC sirve a todas las personas en Salinas y el área comunitaria circundante más amplia. Como distrito de atención médica de California, SVHMC está comprometido a brindar servicios asequibles y de alta calidad a nuestros pacientes. SVHMC se esfuerza por satisfacer las necesidades de atención médica de todos los pacientes que buscan servicios para pacientes hospitalizados, ambulatorios y de emergencia y se compromete a brindar acceso a programas de asistencia financiera cuando los pacientes no tienen seguro o tienen seguro insuficiente y pueden necesitar ayuda para pagar su factura del hospital. Brindar a los pacientes oportunidades de cobertura de asistencia financiera para servicios de atención médica es un elemento importante para cumplir la misión de SVHMC. Este Programa de Asistencia Financiera/Política de Atención Caritativa y Pago con Descuento (la "Política") define el Programa de Asistencia Financiera de SVHMC; sus criterios, sistemas y métodos.

B. Los hospitales de atención a enfermedades agudas de California deben cumplir con los estatutos de Políticas de precios hospitalarios justos establecidos en el Código de Salud y Seguridad y los reglamentos de implementación para políticas escritas que establecen pagos con descuento y atención caritativa a pacientes que califican financieramente. Esta Política tiene como objetivo cumplir con dichas obligaciones legales y ser coherente con los requisitos de la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas aplicable a las corporaciones sin fines de lucro. Esta Política establece atención caritativa completa y pagos con descuento para pacientes que califican financieramente según los términos y condiciones del Programa de Asistencia Financiera de SVHMC. Todas las disposiciones deben interpretarse en el contexto de los estatutos de Políticas de Precios Hospitalarios Justos en el Código de Salud y Seguridad y sus reglamentos de implementación.

III. DEFINICIONES:

A. Pago con Descuento: El Pago con Descuento se define como cualquier cargo por atención que se reduce pero no es gratuita para cualquier servicio hospitalario de emergencia o médicamente necesario para pacientes ambulatorios o internados proporcionado a un paciente que no tiene seguro o que tiene un seguro insuficiente. El descuento se aplicará a los cargos brutos por los servicios hospitalarios prestados.

B. Gastos de vida esenciales: Los gastos de vida esenciales se definen como los gastos de cualquiera de los siguientes: renta o pago de la casa (incluidos los gastos de mantenimiento), alimentos y suministros para el hogar, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguros, manutención escolar o de los hijos y de cónyuge, gastos de transporte y automóvil (incluidos seguros, combustible y reparaciones), pagos de cuotas, gastos de lavandería y limpieza y otros gastos extraordinarios.

C. Nivel Federal de Pobreza (FPL): El índice de pobreza se actualiza periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos conforme a su autoridad legal.

D. Asistencia financiera: Pago con descuento o atención caritativa completa.

E. Atención Caritativa Completa: La atención caritativa completa se define como atención gratuita para cualquier emergencia o servicio hospitalario ambulatorio o internado médicamente necesario brindado a un paciente.

F. Médicamente necesario: Se presume que los servicios prestados dentro del hospital son médicamente necesarios, a menos que el hospital proporcione una certificación del proveedor remitente o del proveedor de atención médica supervisor de los servicios hospitalarios en cuestión de que los servicios no son médicamente necesarios. Una certificación se considera válida si está firmada por el proveedor que remitió al paciente para los servicios hospitalarios en cuestión en la solicitud o por el proveedor de atención médica supervisor de los servicios hospitalarios en cuestión en la solicitud. El hospital deberá obtener la certificación requerida antes de poder negar la elegibilidad de un paciente para el programa de Pago con Descuento con base en que los servicios en cuestión no eran médicamente necesarios.

G. Familia del paciente: La familia de un paciente se define como:

i. Para personas de 18 años de edad o más, cónyuge, pareja de hecho, hijo/a dependiente menor de 21 años de edad, o de cualquier edad si tiene una discapacidad, ya sea que viva en el hogar o no, y

ii. Para personas menores de 18 años de edad o para un hijo dependiente de 18 a 20 años de edad, padre, parientes cuidadores y otros hijos menores de 21 años de edad, o de cualquier edad si tienen una discapacidad, del padre, madre o pariente cuidador.

IV. INFORMACIÓN GENERAL

A. Esta Política se refiere a la Asistencia Financiera para los servicios de atención médica proporcionados por SVHMC. No se aplica a las compras realizadas en las operaciones minoristas de SVHMC, como su tienda de regalos o cafetería.

B. Según la ley de California, a los hospitales no se les permite emplear médicos y, en consecuencia, los servicios médicos son proporcionados por grupos de médicos independientes no controlados por SVHMC y que no están sujetos a esta política. En consecuencia, esta Política de asistencia financiera se aplica únicamente a los servicios hospitalarios proporcionados por SVHMC y excluye específicamente la atención médica proporcionada por médicos que puedan ser miembros del personal médico de SVHMC. Específicamente, esta Política se aplica únicamente a los cargos por servicios hospitalarios y no es vinculante para otros proveedores de servicios médicos que no estén empleados o contratados por el Hospital para brindar servicios médicos, incluidos los médicos que tratan a pacientes del hospital en situaciones de emergencia, hospitalización o consulta externa. Los médicos que brindan servicios a pacientes que no tienen seguro o que no pueden pagar sus facturas médicas debido a los altos costos médicos pueden tener su propia política de asistencia financiera para brindar asistencia.

C. Los médicos de urgencias, según se define en el Código de Salud y Seguridad de California §127450, que brindan servicios médicos de urgencia en SVHMC están obligados por ley a ofrecer descuentos a pacientes sin seguro o pacientes con costos médicos elevados que se encuentran en o por debajo del 400 por ciento del nivel federal de pobreza. Para obtener asistencia financiera con respecto a la facturación de su médico de sala de emergencias, comuníquese con Salinas Valley Emergency Medical Group al (831) 649-1000. SVHMC brinda, sin discriminación, atención para condiciones médicas de emergencia a personas independientemente de si son elegibles para recibir asistencia bajo esta política, como se detalla en el Subcapítulo G del Capítulo IV del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (o cualquier regulación sucesora).

V. PROCESO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

A. El Programa de Asistencia Financiera de SVHMC utiliza una única solicitud de paciente unificada tanto para la Atención Caritativa Completa como para los Pagos con Descuento (Solicitud de Asistencia Financiera o Solicitud). El proceso está diseñado para brindarle a cada solicitante la oportunidad de recibir el máximo beneficio de asistencia financiera para el que pueda calificar. La Solicitud de Asistencia Financiera proporciona información del paciente necesaria para determinar la calificación del paciente por parte del hospital y dicha información se utilizará para calificar al paciente o al representante familiar para la máxima cobertura bajo el Programa de Asistencia Financiera de SVHMC. La Solicitud incluye la oficina y el número de teléfono para llamar si el paciente tiene alguna pregunta sobre el Programa de Asistencia Financiera o la solicitud del mismo. La elegibilidad para la atención caritativa completa o los pagos con descuento se determinará en cualquier momento, y SVHMC no impondrá límites de tiempo para solicitar la atención caritativa completa o los

pagos con descuento, ni negará la elegibilidad en función del momento de la solicitud de un paciente.

B. Los pacientes elegibles pueden calificar para el Programa de Asistencia Financiera de SVHMC siguiendo las instrucciones de la solicitud y haciendo todo esfuerzo razonable para proporcionar al hospital la documentación solicitada y la información de cobertura de beneficios de salud para que el hospital pueda determinar la calificación del paciente para la cobertura bajo el programa. Tanto para la Atención Caritativa Completa como para el Pago con Descuento, la Solicitud de Asistencia Financiera debe estar acompañada de una de las siguientes formas de documentación de ingresos:

   i. Declaración de impuestos federales sobre la renta (Formulario 1040) para el paciente y su cónyuge o pareja de hecho del año en que se facturó al paciente por primera vez o 12 meses antes de cuando se facturó al paciente por primera vez, o

   ii. Talones de pago recientes de los 6 meses anteriores o posteriores a la primera facturación al paciente (o si es anterior al servicio, cuando se envía la solicitud).

C. La elegibilidad para recibir asistencia financiera se determinará en cualquier momento en que SVHMC reciba la Solicitud de asistencia financiera y los documentos de respaldo. Los documentos proporcionados para la Solicitud de Asistencia Financiera solo se utilizarán para llegar a una determinación de Asistencia Financiera y no se utilizarán para actividades de cobranza.

D. Para determinar la elegibilidad para la Asistencia Financiera, SVHMC no solicitará ninguna información adicional a la solicitada en la Solicitud. Sin embargo, un paciente que busca obtener asistencia financiera puede proporcionar voluntariamente información adicional si así lo desea. La elegibilidad por sí sola no constituye un derecho a la cobertura bajo el Programa de Asistencia Financiera de SVHMC. SVHMC debe completar un proceso de evaluación del solicitante y determinar la cobertura antes de que se pueda otorgar la atención caritativa completa o el pago con descuento. Para determinar la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera se considerará la siguiente información: el ingreso del paciente o de la familia y el tamaño de la familia del paciente.

E. Los pacientes o su representante familiar pueden llenar una Solicitud para el Programa de Asistencia Financiera. La solicitud y los documentos complementarios requeridos se envían a Servicios financieros para pacientes de SVHMC a la siguiente dirección:

3 Rossi Cir, Suite C,

Salinas, CA 93907

Esta oficina deberá estar claramente identificada en las instrucciones de la solicitud y se proporcionará un número de teléfono y un sitio web para los pacientes que busquen ayuda para llenar la solicitud.

F. El Programa de Asistencia Financiera de SVHMC depende de la cooperación de pacientes individuales que pueden ser elegibles para recibir asistencia total o parcial. El paciente y/o el representante de la familia del paciente que solicite asistencia para cumplir con su obligación financiera con el hospital deberá hacer todo esfuerzo razonable para proporcionar la información necesaria para que el hospital pueda tomar una determinación de calificación para asistencia financiera. A todos los pacientes que no puedan demostrar cobertura financiera por parte de aseguradoras externas se les ofrecerá la oportunidad de llenar la Solicitud de Asistencia Financiera. Los pacientes asegurados que no pueden pagar sus obligaciones como pacientes después de que su seguro haya pagado según sus ingresos también pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera. A cualquier paciente que solicite asistencia financiera se le pedirá que llene una Solicitud de asistencia financiera.

G. El hospital brindará orientación y/o asistencia directa a los pacientes o a su representante familiar según sea necesario para facilitar la presentación de las solicitudes del programa. Además, a los pacientes sin seguro se les ofrecerá información, asistencia y remisión a programas patrocinados por el gobierno para los que puedan ser elegibles.

H. Llenar una solicitud de asistencia financiera proporciona:

i. Información necesaria para que el hospital determine si el paciente tiene ingresos suficientes para pagar los servicios;

ii. Documentación útil para determinar la calificación para asistencia financiera; y

iii. Un registro de auditoría que documenta el compromiso del hospital de brindar asistencia financiera.

I. La calificación para recibir asistencia financiera se determina después de que el paciente y/o el representante de la familia del paciente establezcan su elegibilidad de acuerdo con los criterios contenidos en esta Política. Si bien la asistencia financiera no se proporcionará de forma discriminatoria o arbitraria, el hospital puede ejercer su exclusivo criterio, de conformidad con las leyes y reglamentos, para establecer criterios de elegibilidad y determinar cuándo un paciente ha proporcionado evidencia suficiente de calificación para recibir asistencia financiera. SVHMC no requiere que un paciente solicite Medicare, Medi-Cal u otra cobertura antes de que se le evalúe o se le proporcione un descuento financiero. Sin embargo, SVHMC puede requerir que los pacientes que soliciten únicamente pagos con descuento participen en una evaluación de elegibilidad para Medi-Cal.

J. SVHMC proporcionará personal capacitado para revisar las solicitudes de asistencia financiera para verificar que estén completas y sean precisas.

K. La determinación de asistencia financiera será realizada únicamente por personal hospitalario aprobado de acuerdo con los siguientes niveles de autoridad:

i. Director de Servicios Financieros para Patentes: Cuentas menores a $150,000.01

ii. Director Financiero (CFO): Cuentas entre $150,000.01 y $300,000.00

iii. Director Ejecutivo (CEO): Cuentas mayores a $300,000.00

iv. Las cuentas con un valor superior a $150,000.00 requieren dos firmas para su aprobación.

VI. ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA FINANCIERA

A. Elegibilidad para asistencia financiera:

i. La calificación para recibir atención caritativa completa o pago con descuento se determinará únicamente por la capacidad de pago del paciente y/o del representante de la familia del paciente en función de sus ingresos. La calificación para recibir asistencia financiera no se basará de ninguna manera en la edad, el género, la orientación sexual, la etnia, el origen nacional, la condición de veterano, la discapacidad o la religión.

ii. La elegibilidad está disponible para cualquier paciente que reciba servicios de emergencia o médicamente necesarios cuyo ingreso familiar sea inferior al 400% del nivel de pobreza federal actual. Dependiendo de la elegibilidad de cada paciente, se puede otorgar asistencia financiera para atención caritativa completa o pago con descuento. Se puede negar la asistencia financiera cuando el paciente u otro representante familiar responsable no cumple con los requisitos de la Política de asistencia financiera de SVHMC.

iii. La calificación para el Programa de Asistencia Financiera se puede otorgar para Atención Caritativa Completa (servicios 100% gratuitos) o Pago con Descuento (atención caritativa de menos del 100%), dependiendo del nivel de elegibilidad del paciente o del representante familiar según se define en los criterios de esta Política del Programa de Asistencia Financiera. Dicha atención caritativa completa o pago con descuento no se aplica a la responsabilidad financiera impuesta por el programa Medicaid/Medi-Cal para los beneficiarios elegibles de Medicaid/Medi-Cal, incluida la “participación en el costo” u otros costos compartidos.

B. Niveles de calificación para asistencia financiera

i. Atención Caritativa Completa: Si el ingreso familiar bruto ajustado del paciente es 200% o menos del nivel de ingreso de pobreza establecido, según los índices de FPL actuales, y el paciente cumple con todos los demás requisitos de calificación del Programa de Asistencia Financiera, se cancelará la totalidad (100%) de la porción de responsabilidad del paciente de la factura por los servicios.

ii. Pago con Descuento: Si el ingreso familiar bruto ajustado del paciente está entre el 201% y el 400% del nivel de ingreso de pobreza establecido, según los índices de FPL actuales, se aplicará lo siguiente:

a. Paciente sin seguro o que paga por sí mismo cuya atención no está cubierta por un pagador: Si los servicios no están cubiertos por ningún pagador externo, de modo que el paciente normalmente sería responsable de los cargos totales facturados, la obligación de pago del paciente será el monto bruto que el programa Medicare hubiera pagado por el servicio si el paciente fuera un beneficiario de Medicare.

b. El paciente tiene cobertura de pagador externo: Si los servicios están cubiertos por un tercero pagador de modo que el paciente es responsable solo de una parte de los cargos facturados (es decir, un deducible o copago, o cualquier otro costo de bolsillo y gastos médicos), la obligación de pago del paciente será un monto igual a la diferencia entre lo que ha pagado el seguro y el monto bruto que Medicare habría pagado por el servicio si el paciente fuera un beneficiario de Medicare. Si la cantidad pagada por el seguro excede lo que hubiera pagado Medicare, el paciente no tendrá ninguna obligación de pago adicional.

c. Los costos de bolsillo y los gastos médicos significan cualquier gasto de atención médica que no sea reembolsado por el seguro o un programa de cobertura de salud, como los copagos de Medicare o los costos compartidos de Medi-Cal.

C. Elegibilidad presunta

i. No se requiere una Solicitud de Asistencia Financiera completa si SVHMC determina que tiene suficiente información financiera del paciente de fuentes públicas para tomar una decisión de calificación para Asistencia Financiera. Los pacientes considerados presuntamente elegibles pueden ser documentados para recibir Asistencia Financiera como se refleja en el código de transacción utilizado para juzgar la solicitud del paciente, incluidas, entre otras, transacciones relacionadas con Atención Caritativa Completa, Pagos con Descuento, servicios no cubiertos y denegaciones del pagador.

ii. SVHMC puede determinar presuntamente que un paciente es elegible para recibir atención caritativa completa o pago con descuento basándose en información distinta a la proporcionada por el paciente o en una determinación de elegibilidad previa.

iii. Las circunstancias que pueden dar lugar a una elegibilidad presunta incluyen:

a. Si se determina que el paciente no tiene hogar, se lo considerará presuntamente elegible para el Programa de Asistencia Financiera y Atención Caritativa Completa.

b. A los pacientes atendidos en el departamento de emergencias, para quienes el hospital no puede emitir un estado de cuenta, se les pueden cancelar los cargos de la cuenta como Atención Caritativa Completa. Todas estas circunstancias deberán identificarse en las notas de la cuenta del paciente como parte esencial del proceso de documentación.

c. Los pacientes que son elegibles para un programa de asistencia para personas de bajos ingresos patrocinado por el gobierno (por ejemplo, Medi-Cal, Healthy Families, California Children's Services y cualquier otro programa estatal o local aplicable para personas de bajos ingresos) se consideran indigentes y presuntamente elegibles para recibir atención caritativa completa según esta Política. Por lo tanto, todos los cargos no cubiertos, excluido el “costo compartido” de Medicaid/Medi-Cal u otros costos compartidos de Medicaid/Medi-Cal para dichos pacientes, se contabilizarán como atención de caridad. Ejemplos de esto incluyen, entre otros, servicios brindados a beneficiarios de Medicaid/Medi-Cal con Medicaid/Medi-Cal restringido, cuentas pendientes de Medicaid/Medi-Cal, negaciones de Medicaid/Medi-Cal u otros programas de atención para indigentes, cargos relacionados con días que exceden los límites de duración de la estadía, reclamaciones de Medicaid (incluidas reclamaciones de Medicaid fuera del estado) "sin pagos" y cualquier servicio brindado a un paciente elegible para Medicaid/Medi-Cal sin cobertura ni pago.

d. La parte de las cuentas de pacientes de Medicare (a) por la cual el paciente es financieramente responsable (montos de coaseguro y deducible), (b) que no está cubierta por el seguro o cualquier otro pagador, incluido Medi-Cal, y (c) que no es reembolsada por Medicare como una deuda incobrable, puede clasificarse como Atención Caritativa Completa si el paciente es beneficiario de Medi-Cal u otro programa que atiende las necesidades de atención médica de pacientes de bajos ingresos; o si el paciente califica de otra manera para asistencia financiera bajo esta Política y solo hasta el alcance de la cancelación prevista en esta Política.

e. Cualquier cuenta devuelta al hospital por una agencia de cobranzas que haya determinado que el paciente o el representante familiar no tiene los recursos para pagar su factura, puede considerarse elegible para Atención Caritativa Completa. La documentación de la incapacidad del paciente o del representante familiar para pagar los servicios se mantendrá en el archivo de documentación de Atención Caritativa Completa.

Todas las cuentas devueltas por una agencia de cobranzas para su reasignación de deuda incobrable a Asistencia Financiera serán evaluadas por el personal del hospital antes de cualquier reclasificación dentro del sistema contable y los registros del hospital.

D. Eventos médicos catastróficos

i. Cualquier paciente que tenga un ingreso que exceda el 400% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) y experimente un evento médico catastrófico puede ser considerado elegible para recibir Asistencia Financiera. Estos pacientes, que tienen ingresos altos, no califican para recibir atención caritativa completa de rutina ni para recibir pago con descuento. Sin embargo, la consideración de evento médico catastrófico podrá realizarse caso por caso.

ii. La determinación de un evento médico catastrófico se basará en el monto de la responsabilidad del paciente según los cargos facturados y en la consideración de los ingresos y activos de la persona según lo informado al momento del suceso. La gerencia deberá usar un criterio razonable al tomar una determinación basada en un evento médico catastrófico. Como regla general, cualquier cuenta con una responsabilidad del paciente por servicios prestados que exceda los $75,000 puede considerarse para su elegibilidad como un evento médico catastrófico.

VII. EFECTO DE LA CONCESIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

A. Una vez que se determina la elegibilidad, la calificación del Programa de Asistencia Financiera se aplicará a los servicios específicos y las fechas de servicio para los cuales el paciente y/o el representante de la familia del paciente haya presentado la solicitud. En los casos de atención continua relacionada con el diagnóstico de un paciente que requiere servicios relacionados continuos, el hospital, a su exclusivo criterio, puede tratar la atención continua como un caso único para el cual la calificación se aplica a todos los servicios relacionados continuos proporcionados por el hospital. Otros saldos de cuentas de pacientes preexistentes pendientes al momento de la determinación de calificación por parte del hospital pueden incluirse como elegibles para cancelación a discreción exclusiva de la gerencia.

B. Si corresponde, SVMHC reembolsará a la persona cualquier monto que haya pagado por la atención (ya sea a SVMHC o a cualquier otra parte a quien SVMHC haya remitido la deuda de la persona por la atención) que exceda el monto que se determina que es personalmente responsable de pagar después de que se haya aplicado la Asistencia Financiera más los intereses. SVMHC realizará cualquier reembolso según esta sección dentro de los 30 días posteriores a la determinación de elegibilidad para la Asistencia Financiera. Cualquier interés adeudado por el hospital al paciente se acumulará a la tasa establecida en la Sección 685.010 del Código de

Procedimiento Civil, a partir de la fecha en que el hospital reciba el pago del paciente.

SVMHC no está obligado a reembolsar a un paciente si: (1) han pasado cinco años o más desde el último pago del paciente al hospital/comprador de deuda, o (2) la deuda del paciente se vendió antes del 1 de enero de 2022, de acuerdo con la ley en ese momento.

VIII. PLANES DE PAGO EXTENDIDOS

A. Cuando el hospital haya tomado una determinación de Pago con Descuento, el paciente tendrá la opción de pagar parte o la totalidad del monto pendiente en un solo pago o mediante un plan de pago a plazo programado.

B. El hospital negociará las opciones de planes de pago con cada paciente que solicite hacer arreglos para pagos a plazos. Se organizarán planes de pago individuales según la capacidad de pago del paciente. Como regla general, los planes de pago se estructurarán para que no duren más de 12 meses. El hospital negociará de buena fe con el paciente; sin embargo, cuando no se pueda llegar a un acuerdo sobre un plan de pago, la factura del plan de pago requerirá que los pagos mensuales no excedan el 10% del ingreso familiar del paciente durante un mes, excluidas las deducciones por gastos de vida esenciales. No se cobrarán intereses al paciente durante la vigencia de cualquier plan de pago concertado según las disposiciones de la Política de Asistencia Financiera.

C. Al negociar planes de pago se puede considerar una cuenta de ahorros para gastos médicos del paciente o de su familia. SVHMC puede exigir a un paciente o garante que pague al hospital cualquier monto enviado directamente al paciente por terceros pagadores, incluidos los provenientes de acuerdos legales, sentencias o laudos.

IX. RESOLUCIÓN DE DISPUTAS

A. En caso de que surja una disputa con respecto a la calificación, el paciente puede presentar una apelación por escrito para una reconsideración ante el hospital. La apelación escrita debe contener una explicación completa de la disputa del paciente y la justificación de la reconsideración. Toda documentación adicional pertinente para respaldar la reclamación del paciente deberá adjuntarse a la apelación escrita.

B. Todas y cada una de las apelaciones serán revisadas por el director de Servicios Financieros para Pacientes del hospital. El director considerará todas las declaraciones escritas de la disputa y cualquier documentación adjunta. Después de completar una revisión de las reclamaciones del paciente, el director deberá proporcionar al paciente una explicación escrita de los hallazgos y la determinación.

C. En caso de que el paciente considere que persiste una disputa después de la consideración de la apelación por parte del director de Servicios

Financieros para Pacientes, el paciente puede solicitar por escrito una revisión por parte del Director Financiero del hospital. El Director Financiero revisará la apelación escrita y la documentación del paciente, así como las conclusiones del director de servicios financieros para pacientes. El Director Financiero tomará una determinación y proporcionará una explicación escrita de los hallazgos al paciente. Todas las determinaciones del Director Financiero serán definitivas. No proceden más recursos.

X. AVISO PÚBLICO

A. SVHMC difundirá ampliamente la existencia y los términos de su Política de Asistencia Financiera en toda su área de servicio. Con ese fin, SVHMC deberá publicar avisos claros y visibles que informen al público sobre el Programa de Asistencia Financiera en lugares que sean visibles para el público, incluidos, entre otros, el departamento de emergencias, la oficina de facturación, las áreas de admisión de pacientes hospitalizados y de registro de pacientes ambulatorios y otras áreas ambulatorias comunes del hospital. También se deberán publicar avisos en cualquier lugar donde un paciente pueda pagar su factura. Los avisos incluirán información de contacto sobre cómo un paciente puede obtener más información sobre asistencia financiera, así como dónde solicitar dicha asistencia. Además, SVHMC publicará una copia de esta Política, el Resumen en lenguaje sencillo y la Solicitud de asistencia financiera en su sitio web y hará que todos esos documentos estén disponibles para su descarga gratuita.

B. Si el paciente no está consciente o no puede recibir el Resumen en lenguaje sencillo al momento del registro, se le deberá proporcionar el aviso durante el proceso de alta (o cuando el paciente abandone las instalaciones, si no es admitido). Si por cualquier motivo el paciente abandona las instalaciones sin recibir el aviso por escrito, SVHMC deberá enviar el aviso por correo al paciente dentro de las 72 horas. En todos los casos, SVHMC incluirá el Resumen en lenguaje sencillo en al menos un envío posterior al alta. Además, cada factura a un paciente después del alta debe incluir un aviso escrito visible como un inserto del Resumen en lenguaje sencillo que: (1) informe al paciente sobre la disponibilidad de asistencia financiera; (2) incluya un número de teléfono de la oficina o departamento que pueda asesorar a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera; y (3) incluya una dirección de sitio web directa (URL) donde se pueden descargar copias de esta Política, el Resumen en lenguaje sencillo y la Solicitud.

C. Finalmente, SVHMC hará que las traducciones de esta Política, el Resumen en lenguaje sencillo y la solicitud de asistencia financiera estén disponibles en español y en cualquier otro idioma que sea el idioma principal de lo que sea menor de 1,000 personas o el 5% de la población de las comunidades atendidas por SVHMC. Los pacientes con necesidades lingüísticas distintas al español o con discapacidades pueden solicitar apoyo de accesibilidad o

un formato alternativo de la política de asistencia financiera llamando al 831-755-0732.

XI. CONFIDENCIALIDAD

Se reconoce que la necesidad de asistencia financiera es una cuestión delicada y profundamente personal para los destinatarios. Se mantendrá la confidencialidad de las solicitudes, la información y el financiamiento para todos aquellos que busquen o reciban asistencia financiera. La orientación del personal y la selección del personal que implementará esta Política deberá estar guiada por estos valores.

XII. REQUISITOS DE BUENA FE

SVHMC hace arreglos para brindar asistencia financiera a pacientes que califican de buena fe y confía en el hecho de que la información presentada por el paciente o el representante familiar sea completa y precisa.

La prestación de asistencia financiera no elimina el derecho a facturar, ya sea de manera retroactiva o en el momento del servicio, todos los servicios cuando el paciente o el representante familiar haya proporcionado información fraudulenta o deliberadamente inexacta. Además, SVHMC se reserva el derecho de recurrir a todos los recursos, incluidos, entre otros, por daños civiles y penales de aquellos pacientes o representantes familiares que hayan proporcionado información fraudulenta o deliberadamente inexacta para calificar para el Programa de Asistencia Financiera de SVHMC.

XIII. DOCUMENTACIÓN

A. Solicitud de asistencia financiera de SVHMC, hoja de trabajo de asistencia financiera e índice federal de pobreza

B. Resumen en lenguaje sencillo

XIV. INFORME COMPLETO DE ATENCIÓN CARITATIVA Y PAGO CON DESCUENTO

A. SVHMC informará la atención caritativa completa real brindada de conformidad con los requisitos reglamentarios del Departamento de Acceso e Información sobre Atención Médica de California (HCAI), tal como se incluye en el Manual de contabilidad e informes para hospitales, segunda edición. Para cumplir con el reglamento, el hospital mantendrá documentación escrita sobre sus criterios de atención caritativa y, para pacientes individuales, el hospital mantendrá documentación escrita sobre todas las determinaciones de atención caritativa. Según lo exige el Departamento de HCAI, la atención caritativa brindada a los pacientes se registrará con base en los cargos reales por los servicios prestados.

B. SVHMC proporcionará al Departamento de HCAI una copia de esta Política de asistencia financiera que incluye las políticas de atención caritativa completa y pago con descuento en un solo documento. La Política de

Asistencia Financiera también contiene: 1) todos los procedimientos de elegibilidad y calificación de pacientes; 2) la solicitud unificada para Atención Caritativa Completa y Pago con Descuento; y 3) el proceso de revisión tanto para Atención Caritativa Completa como para Pago con Descuento. Estos documentos deberán entregarse al Departamento de HCAI cada dos años o cuando se produzca un cambio significativo. Los médicos de sala de emergencias son independientes de SVHMC, por lo tanto tienen su propio programa de asistencia financiera.

XV. EDUCACIÓN/CAPACITACIÓN:

Se proporciona educación y/o capacitación según sea necesario.

XVI. REFERENCIAS:

1. Código de Salud y Seguridad de California, sección 127400 et. seq.
2. Índice Federal de Pobreza