



PROPÓSITO

Torrance Memorial Medical Center (TMMC) es una organización sin fines de lucro que brinda servicios hospitalarios a la comunidad de Torrance y al área metropolitana de South Bay en el sur de California. TMMC tiene el compromiso de cumplir con las necesidades de atención de salud de todos los pacientes de la comunidad, incluidos aquellos que no tienen seguro de salud o que no tienen cobertura de salud suficiente. Como parte del cumplimiento de este compromiso, TMMC brinda servicios médicamente necesarios sin costo o a un costo reducido a los pacientes que son elegibles de acuerdo con los requisitos de esta Política de Asistencia Financiera. Esta política define el Programa de Asistencia Financiera de TMMC, sus criterios, sistemas y métodos.

Los hospitales de cuidados intensivos de California deben cumplir con los requisitos del Código de Salud y Seguridad, así como con los reglamentos de la sección 501(r) de la Ley de Cuidado de Salud Asequible para las políticas escritas que brindan descuentos y atención de caridad a pacientes que son elegibles financieramente. Esta política tiene el objetivo de cumplir con esas obligaciones legales y brinda atención de beneficencia y descuentos a los pacientes que son elegibles financieramente, según los términos y condiciones del Programa de Asistencia Financiera de TMMC.

El Departamento de Finanzas es responsable de las políticas y procedimientos generales de contabilidad. En este propósito se incluye el deber de garantizar un tratamiento, un registro y una contabilidad consistente de las transacciones en TMMC. Esto incluye la gestión de las transacciones contables de los pacientes de una manera que es compatible con la misión y los objetivos operativos de TMMC.

ALCANCE

La Política de Asistencia Financiera se aplicará a todos los pacientes que reciben servicios médicamente necesarios¹ en TMMC. Esta política forma parte de las prácticas de asistencia financiera proporcionadas por TMMC. Todas las solicitudes de asistencia financiera de los pacientes, las familias de los pacientes, los médicos o personal del hospital se deben evaluar de acuerdo con esta política.

INTRODUCCIÓN

TMMC se esfuerza por cumplir con las necesidades de atención de salud de todos los pacientes

¹ Los servicios médicamente necesarios se definen como cualquier atención hospitalaria, ambulatoria o atención médica de emergencia que no sea completamente electiva para la comodidad y/o conveniencia del paciente.

que buscan servicios para pacientes internados, ambulatorios y de emergencia. TMMC se compromete a brindar acceso a los programas de asistencia financiera cuando los pacientes no tienen seguro o no tienen suficiente cobertura de salud y necesitan ayuda para pagar la factura del hospital. Estos programas incluyen programas de cobertura patrocinados por el gobierno, atención de salud de caridad total y de caridad parcial con descuento, como se describe en este documento.

La Política de Asistencia Financiera se aplica a todos los médicos que tienen un contrato con TMMC y están obligados a participar en la aplicación de esta política como condición de su relación contractual con TMMC (consultar el Apéndice B para obtener una lista completa de los proveedores de TMMC y de quienes participan en esta Política de Asistencia Financiera).

Definición de las políticas de Atención de Salud de Caridad Completa y Caridad Parcial con Descuento

La atención de salud de caridad total se define como cualquier servicio hospitalario o ambulatorio necesario desde el punto de vista médico que se brinda a un paciente que no puede pagar por los servicios recibidos, y que ha establecido su elegibilidad de acuerdo con los requisitos incluidos en la Política de Asistencia Financiera.

La atención de salud de caridad parcial con descuento se define como cualquier servicio hospitalario o ambulatorio médicamente necesario brindado a un paciente que no tiene seguro de salud o que no tiene cobertura de salud suficiente y que 1) quiere recibir ayuda financiera para pagar su factura del hospital; 2) tiene un ingreso igual o inferior al 450% del nivel de pobreza federal (FPL); y 3) ha establecido su elegibilidad de acuerdo con los requisitos incluidos en la Política de Asistencia Financiera.

Dependiendo de la elegibilidad individual del paciente, se puede otorgar asistencia financiera para la atención de caridad total o la atención de caridad parcial con descuento. La asistencia financiera puede negarse cuando el paciente u otro representante familiar responsable no cumple con los requisitos de la Política de asistencia financiera.

Presentación de informes sobre la Atención de Salud de Caridad Total y Caridad Parcial con Descuento

TMMC presentará informes sobre la atención de caridad real proporcionada, de acuerdo con los requisitos reglamentarios de la Oficina Estatal de Planificación y Desarrollo de Salud (OSHPD, por sus siglas en inglés) según lo contenido en la segunda edición del Manual de Contabilidad e Informes para Hospitales. Para cumplir con el reglamento de presentación de informes, TMMC mantendrá documentación escrita sobre sus criterios de atención de caridad y, para los pacientes individuales, TMMC mantendrá documentación escrita sobre todas las determinaciones de atención de caridad. Tal como lo requiere la OSHPD, la atención de caridad brindada a los pacientes se debe registrar con los cargos reales por los servicios prestados.

TMMC proporcionará a la OSHPD una copia de esta Política de Asistencia Financiera que incluye las políticas de Atención de Salud de Caridad Total y Caridad Parcial con Descuento en un solo documento. La Política de Asistencia Financiera también contiene: 1) todos los procedimientos de elegibilidad y calificación del paciente; 2) la solicitud unificada para la Atención de Caridad Total y Atención de Caridad Parcial con Descuento (consultar el Apéndice

A para la solicitud); y 3) el proceso de revisión tanto para la atención de salud de caridad total como para la atención de caridad parcial con descuento. Estos documentos se entregarán a la OSHPD cada dos años o cuando haya un cambio significativo.

La atención de salud de caridad se incluirá como un elemento del Informe Anual de Beneficios de la Comunidad de TMMC que es presentado a la OSHPD y a otros organismos estatales apropiados.

PROCEDIMIENTOS

Elegibilidad para la Atención de Salud de Caridad Total y Caridad Parcial con Descuento: Proceso general y responsabilidades

La elegibilidad se define para cualquier paciente cuyo ingreso familiar² es inferior al 450% del FPL actual, si no está cubierto por un seguro de salud de terceros o si está cubierto por un seguro de salud de terceros y no puede pagar la cantidad adeudada después de que el seguro haya pagado su parte de la cuenta.

El Programa de Asistencia Financiera de TMMC utiliza una solicitud única para los pacientes para solicitar atención de salud de caridad total y atención de salud de caridad parcial con descuento. El proceso está diseñado para brindar a cada solicitante la oportunidad de recibir el máximo beneficio de asistencia financiera para el cual puede ser elegible. La solicitud de asistencia financiera proporciona la información del paciente que es necesaria para determinar su elegibilidad por parte de TMMC. Esa información se utilizará para determinar si el paciente o el representante de la familia son elegibles para recibir la cobertura máxima bajo el Programa de Asistencia Financiera de TMMC.

Los pacientes elegibles pueden cumplir con los requisitos del Programa de Asistencia Financiera de TMMC siguiendo las instrucciones de la solicitud y haciendo todos los esfuerzos razonables para proporcionar a TMMC la documentación y la información sobre su cobertura de salud, para que TMMC pueda determinar la elegibilidad del paciente para la cobertura del programa. La elegibilidad por sí sola no constituye un derecho a la cobertura bajo el Programa de Asistencia Financiera de TMMC. TMMC debe llevar a cabo un proceso de evaluación del solicitante y determinar la cobertura antes de que se otorgue la atención de caridad total o la atención de caridad parcial con descuento.

El Programa de Asistencia Financiera de TMMC se basa en la cooperación de pacientes individuales que pueden ser elegibles para recibir asistencia total o parcial. Para facilitar la recepción de la información financiera correcta y oportuna del paciente, TMMC utilizará una solicitud de asistencia financiera. A los pacientes que no puedan demostrar tener cobertura financiera de aseguradoras de terceros se les ofrecerá la oportunidad de presentar la solicitud de asistencia financiera. A los pacientes que no tienen seguro de salud también se les ofrecerá información, asistencia y referencias a programas gubernamentales para los cuales podrían ser elegibles. Los pacientes asegurados que no pueden pagar la cantidad adeudada después de que su seguro de salud pagó su parte o los que tienen costos médicos altos también pueden ser elegibles

² La familia de un paciente se define como: 1) Para las personas de 18 años o más, los cónyuges, las parejas de hecho y los hijos menores de 21 años dependientes, ya sea que vivan en casa o no; y 2) para las personas menores de 18 años, los padres, los parientes prestadores de cuidado y otros niños menores de 21 años del padre o del pariente prestador de cuidado.

para recibir asistencia financiera. A cualquier paciente que solicite asistencia financiera se le pedirá que llene una solicitud de asistencia financiera.

Los pacientes o su representante familiar pueden llenar una solicitud para el Programa de Asistencia Financiera. La solicitud y los documentos complementarios requeridos deben enviarse a la Oficina Comercial de TMMC. Esta oficina está identificada en las instrucciones de la solicitud. TMMC hará todos los esfuerzos razonables para obtener una solicitud de asistencia financiera completa y utilizará todos los métodos descritos en el reglamento 501(r) del IRS para publicar esta información, que incluye: la notificación de asistencia financiera como condición para la admisión, la publicación del resumen en un lenguaje sencillo, la Política de Asistencia Financiera y la solicitud de asistencia financiera en su sitio web, tener copias impresas disponibles del resumen en lenguaje sencillo, la Política de Asistencia Financiera y la solicitud al momento de la admisión del paciente, y aceptar la información de la solicitud de manera oral (si la solicitud se completa oralmente, entonces el paciente o el miembro de la familia deben firmar la solicitud y presentar la documentación requerida).

La solicitud de asistencia financiera debe presentarse tan pronto como exista una indicación de que el paciente podría necesitar asistencia financiera. El formulario de solicitud puede llenarse antes del servicio, durante la estadía del paciente o después de que se completen los servicios y el paciente haya sido dado de alta. El paciente tiene un mínimo de 240 días después del primer estado de cuenta posterior al alta para presentar una solicitud. Sin embargo, las cuentas para las cuales no se recibió ninguna solicitud de asistencia financiera o para las que se envió una solicitud incompleta, pueden enviarse a una agencia de cobranza no antes de los 120 días siguientes a la emisión del primer estado de cuenta posterior al alta del paciente, como se describe en la Política de Crédito y Cobro de TMMC.

La finalización de una solicitud de asistencia financiera proporciona:

- La información que necesita TMMC para determinar si el paciente tiene ingresos suficientes para pagar los servicios;
- Documentación útil para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera; y
- Un historial de auditoría que documenta el compromiso de TMMC para proporcionar asistencia financiera.

Sin embargo, no se requiere una solicitud de asistencia financiera completa si TMMC determina que tiene suficiente información financiera del paciente para tomar una decisión de elegibilidad para la asistencia financiera.

Al recibir una solicitud de asistencia financiera completa, TMMC 1) determinará lo más pronto posible la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera; 2) informará al paciente por escrito sobre la elegibilidad y la asistencia disponible; 3) proporcionará la base para la determinación; 4) suspenderá todas las acciones de cobro (si corresponde); 5) revertirá todas las acciones de cobro extraordinarias (si corresponde); 6) proporcionará una declaración de las cantidades adeudadas (si corresponde); y 7) reembolsará cualquier pago en exceso de las cantidades adeudadas, a menos que dicha cantidad en exceso sea inferior a \$5 (si corresponde).

TMMC contará con personal capacitado para evaluar las solicitudes de asistencia financiera para verificar que la información sea completa y precisa. La evaluación de solicitudes se llevará a cabo lo más rápido posible teniendo en cuenta la necesidad del paciente de recibir una decisión rápida.

Las determinaciones de asistencia financiera serán realizadas solo por miembros autorizados del personal de TMMC, de acuerdo con los siguientes niveles de autoridad:

Director de la Oficina Comercial: Cuentas de menos de \$100,000

Director Financiero: Cuentas mayores o iguales a \$100,000 y de menos de \$250,000

Presidente/Director ejecutivo: Cuentas mayores o iguales a \$250,000

Los factores considerados para determinar si alguien cumple con los requisitos para recibir asistencia financiera de conformidad con esta política pueden incluir:

- No tener cobertura de salud bajo ningún programa gubernamental o un seguro de salud de terceros, o tener cobertura inadecuada de un seguro de salud de terceros.
- Ingresos familiares basados en las declaraciones de impuestos y los talones de cheque recientes
- Tamaño de la familia
- Activos monetarios elegibles (cuentas corrientes, ahorros, acciones, bonos, mercado monetario e inversiones similares)

Si el paciente o su familia tienen una solicitud pendiente para otro programa de cobertura de salud mientras solicitan asistencia financiera, la solicitud pendiente para el otro programa de cobertura de salud no excluirá al paciente de la elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera de TMMC.

Cumplimiento de los requisitos

Los criterios de cumplimiento de los requisitos se utilizan para hacer cada determinación de caso individual para la cobertura bajo el Programa de Asistencia Financiera de TMMC. La asistencia financiera se otorgará en función de cada determinación individual de necesidad financiera, de acuerdo con los criterios de elegibilidad del Programa de Asistencia Financiera incluidos en esta política del Programa de Asistencia Financiera. El cumplimiento de los requisitos para la asistencia financiera no se basará de ninguna manera en la edad, el género, la orientación sexual, el origen étnico, el origen nacional, la condición de veterano, la discapacidad, la religión o cualquier otra condición legal protegida por la ley.

El beneficio del Programa de Asistencia Financiera de TMMC se puede otorgar para la atención de caridad total (100% de servicios gratuitos) o la atención de caridad parcial con descuento (atención de caridad inferior al 100%), dependiendo del nivel de elegibilidad del paciente o el representante familiar del paciente, según se define en los criterios de esta Política de Asistencia Financiera.

El paciente y/o el representante familiar del paciente que solicite ayuda para cumplir con su obligación financiera con TMMC deberá hacer todos los esfuerzos razonables para proporcionar la información necesaria para que TMMC haga una determinación del cumplimiento de los requisitos para el Programa de Asistencia Financiera. TMMC proporcionará orientación y/o

asistencia directa a los pacientes o a su representante familiar, según sea necesario, para facilitar la finalización de las solicitudes del programa. Se requerirá llenar la solicitud de asistencia financiera y presentar toda o cualquier información complementaria requerida para establecer la elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera de TMMC, excepto en los casos en que TMMC pueda tomar determinaciones presuntas de elegibilidad. Los documentos complementarios requeridos se enumeran en la solicitud de asistencia financiera.

El cumplimiento de los requisitos del Programa de Asistencia Financiera de TMMC se determina después de que el paciente y/o el representante familiar del paciente establece la elegibilidad según los criterios incluidos en esta política. Si bien la asistencia financiera no se proporcionará de forma discriminatoria o arbitraria, TMMC mantiene la libertad de decisión, de conformidad con las leyes y reglamentos correspondientes, para establecer los criterios de elegibilidad y determinar cuándo un paciente ha proporcionado evidencia suficiente del cumplimiento de los requisitos para recibir asistencia financiera.

Una vez determinado, el cumplimiento de los requisitos del Programa de Asistencia Financiera de TMMC se aplicará a los servicios específicos y las fechas de servicio para las cuales el paciente y/o el representante de la familia del paciente hayan presentado la solicitud. Cada ocurrencia se determinará individualmente y por separado, caso por caso, para decidir si se cumple con los requisitos de asistencia financiera. Sin embargo, en ciertos casos de atención continua relacionada con un diagnóstico que requiere servicios continuos, TMMC, a su exclusivo criterio, puede optar por tratar la atención de salud continua como un caso único para el cual el cumplimiento de los requisitos del paciente se aplica a todos los servicios en curso relacionados proporcionados por TMMC. Otros saldos de cuentas preexistentes pendientes en el momento de la determinación de TMMC del cumplimiento de los requisitos del paciente se incluirán como elegibles para la condonación, siempre que se hayan cumplido todos los requisitos financieros y de documentación de esta política.

Las obligaciones de los pacientes para el cubrimiento de los costos compartidos de Medi-Cal/Medicaid no se condonarán en ninguna circunstancia. Sin embargo, después del cobro de la parte del costo compartido del paciente, cualquier otro saldo adeudado relacionado con una parte del costo del paciente de Medi-Cal/Medicaid puede ser tomado en cuenta para el Programa de Asistencia Financiera de TMMC.

Las cantidades que por lo general son facturadas a los pacientes que reciben atención médica necesaria, cuyos ingresos familiares son de menos del 450% del FPL, no serán mayores de lo que Medicare pagaría normalmente por estos servicios. TMMC utiliza el método de revisión retrospectiva para determinar las cantidades que por lo general son facturadas a los pacientes que son elegibles para recibir asistencia financiera bajo esta política, y expresa estas cantidades como un porcentaje de los cargos facturados. Este porcentaje es actualizado al menos una vez al año y se aplicará a todos los servicios hospitalarios, ambulatorios y de emergencia necesarios proporcionados por TMMC. La tasa es actualmente del 12%.

Cumplimiento de los requisitos: Atención de Salud de Caridad Total y Caridad Parcial con Descuento

El cumplimiento de los requisitos para recibir atención de salud de caridad total y de caridad parcial con descuento se determinará únicamente por la capacidad de pago del paciente y/o de su representante familiar.

Niveles de elegibilidad de ingresos para recibir Atención de Salud de Caridad Total y Caridad Parcial con Descuento

1. Atención de Salud de Caridad Total: Si el ingreso familiar del paciente es del 200% o menos del nivel de pobreza establecido, basado en las pautas vigentes del FPL, y el paciente cumple con todos los demás requisitos de elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera, entonces la totalidad (100%) de la factura del paciente por los servicios recibidos será cancelada.
2. Atención de Salud de Caridad Parcial con Descuento: Si el ingreso familiar del paciente es de entre el 201% y el 450% del nivel de pobreza establecido, basado en las pautas vigentes del FPL, y los activos monetarios son de menos de \$10,000, y el paciente cumple con todos los demás requisitos de elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera, entonces se aplicará lo siguiente:
 - La atención del paciente no es cubierta por un pagador. Si los servicios no son cubiertos por un pagador tercero y el paciente es responsable de los cargos facturados en su totalidad, entonces la obligación de pago del paciente será la cantidad bruta que el programa de Medicare hubiera pagado por el mismo servicio si el paciente fuera beneficiario de Medicare.
 - La atención del paciente es cubierta por un pagador. Si los servicios son cubiertos por un pagador tercero, de manera que el paciente es responsable de solo una parte de los cargos facturados (es decir, un deducible o copago), entonces la obligación de pago del paciente será una cantidad igual a la diferencia entre lo que el seguro ha pagado y la cantidad bruta que Medicare hubiera pagado por el mismo servicio si el paciente fuera beneficiario de Medicare. Si el monto pagado por el seguro excede lo que Medicare hubiera pagado, entonces el paciente no tendrá más obligaciones de pago.

En ambos casos, si la responsabilidad de un paciente es el 10% o más de sus ingresos familiares durante los 12 meses anteriores, la cantidad total adeudada por el paciente se limitará al 10% de sus ingresos familiares durante el periodo de 12 meses anterior.

Cualquier asistencia financiera se reducirá por los activos monetarios restantes después de la aplicación de la siguiente exclusión: Los primeros \$10,000 de los activos monetarios de un paciente y el 50% de los activos monetarios de un paciente sobre los primeros \$10,000 se excluirán y no se tomarán en cuenta para la determinación de la elegibilidad para recibir asistencia financiera.

Cumplimiento de los requisitos: Presunta elegibilidad

TMMC entiende que ciertos pacientes pueden no tener la capacidad de llenar una solicitud de asistencia financiera, presentar la documentación necesaria o responder al proceso de solicitud. Como resultado, puede haber circunstancias bajo las cuales se puede establecer la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera sin necesidad de completar la solicitud de asistencia formal. Bajo estas circunstancias, TMMC puede utilizar otras fuentes de información para hacer

una evaluación individual de la necesidad financiera. Esta información permitirá a TMMC tomar una decisión informada sobre la necesidad financiera de los pacientes que no presentan una solicitud completa utilizando las mejores estimaciones disponibles, si el paciente no proporciona la información requerida directamente.

TMMC puede utilizar los servicios de un tercero para realizar una revisión electrónica de la información del paciente para evaluar la necesidad financiera. Esta revisión utiliza un modelo reconocido de la industria de la salud que se basa en bases de datos de registros públicos. Este modelo predictivo incorpora datos de registros públicos para calcular un puntaje de capacidad socioeconómica y financiera que incluye estimaciones de ingresos, activos y liquidez. La tecnología electrónica está diseñada para evaluar a cada paciente con las mismas normas, y se nivela con las aprobaciones históricas para la asistencia financiera de TMMC de acuerdo con el proceso de solicitud tradicional.

La tecnología electrónica se utilizará antes de la asignación de una deuda incobrable, una vez que se hayan agotado todas las demás fuentes de elegibilidad y pago del paciente. Esto permite que TMMC evalúe a todos los pacientes para obtener asistencia financiera antes de llevar a cabo acciones extraordinarias de cobro. La información obtenida de esta revisión de elegibilidad electrónica constituirá la documentación adecuada de la necesidad financiera del paciente de acuerdo con esta política.

Cuando se utilice la inscripción electrónica como base para determinar la presunta elegibilidad, se otorgará un descuento total o parcial para los servicios elegibles solo para las fechas de servicio retrospectivas. Si un paciente no cumple con los requisitos de elegibilidad de acuerdo con el proceso de inscripción electrónica, entonces el paciente aún puede considerarse bajo el proceso tradicional de solicitud de asistencia financiera. Los pacientes que no son elegibles a través de este proceso recibirán un aviso por escrito de TMMC informándoles que hay asistencia financiera disponible.

No se notificará a los pacientes cuyas cuentas se determinen como presuntamente elegibles para recibir Atención de Salud de Caridad Total. Las cuentas que cumplen con los requisitos de elegibilidad se reclasificarán según la Política de Asistencia Financiera como atención de caridad y no serán enviadas a una agencia de cobranzas, no estarán sujetas a más acciones de cobro, y no se incluirán en los gastos de deudas incobrables de TMMC.

Los pacientes cuyas cuentas se determine que son supuestamente elegibles para la atención de caridad parcial con descuento recibirán lo siguiente:

- Un aviso que informa al paciente sobre las bases para la determinación de la presunta elegibilidad.
- Información sobre cómo el paciente o su familia pueden solicitar una asistencia más generosa.
- Al menos 120 días adicionales para solicitar una asistencia financiera más generosa antes de que la cuenta sea enviada a una agencia de cobranzas. TMMC no deberá iniciar acciones extraordinarias de cobro durante al menos 240 días después de la emisión del primer estado de cuenta. No obstante, TMMC no enviará ninguna cuenta a una agencia de cobranza sin proporcionar primero un aviso de 30 días de la intención de iniciar acciones de cobranza, y deberá hacer esfuerzos razonables para informar al paciente sobre los programas de asistencia financiera disponibles.

- Una factura que indica la cantidad adeudada después de aplicar todos los descuentos de caridad correspondientes.

Al recibir una solicitud completa en la que el paciente solicita una asistencia financiera más generosa, TMMC tomará una determinación oportuna y notificará al paciente sobre la determinación final.

Circunstancias especiales

Todas las evaluaciones de asistencia financiera relacionadas con pacientes cubiertos por el Programa de Medicare debe incluir un análisis razonable del patrimonio neto del paciente, sus activos monetarios, así como sus ingresos y gastos, antes de la determinación del cumplimiento de los requisitos para el Programa de Asistencia Financiera de TMMC. Tenga en cuenta que cualquier asistencia financiera se reducirá proporcionalmente según la cantidad restante después de los primeros \$10,000 de los activos monetarios de un paciente, así como de la exclusión del 50% de los activos monetarios del paciente después de los primeros \$10,000. Las evaluaciones de asistencia financiera deben realizarse antes de que TMMC complete el servicio.

Además, la falta de vivienda será una condición para otorgar la presunta elegibilidad bajo esta política. Si se determina que el paciente no tiene hogar, entonces se considerará como elegible para el beneficio de Atención de Salud de Caridad Total, según el Programa de Asistencia Financiera de TMMC.

Otras circunstancias elegibles

TMMC considera que los pacientes que son elegibles para los programas gubernamentales de asistencia para las personas de bajos ingresos (es decir, Medi-Cal/Medicaid, Managed Medi-Cal, Healthy Families, California Children's Services y cualquier otro programa estatal o local para personas de bajos ingresos) son indigentes. Por lo tanto, esos pacientes son elegibles según la Política de asistencia financiera cuando el programa gubernamental no realiza el pago. Por ejemplo, para los pacientes que son elegibles para Medi-Cal/Medicaid o Managed Medi-Cal, así como para otros programas que atienden las necesidades de los pacientes de bajos ingresos (por ejemplo, CHDP, Healthy Families y CCS), si el programa no paga por todos los servicios o los días durante una hospitalización, son elegibles para la cobertura del Programa de Asistencia Financiera. De acuerdo con la Política de Asistencia Financiera de TMMC, estos tipos de cuentas de pacientes no pagadas son elegibles para una cancelación total como atención de caridad. Se incluyen específicamente como atención de caridad los cargos relacionados con estadías denegadas, días de atención denegados y servicios no cubiertos. Todos los rechazos de Solicitudes de Autorización de Tratamiento (TAR, por sus siglas en inglés) y cualquier falta de pago por servicios no cubiertos proporcionados a pacientes de Medi-Cal/Medicaid o Managed Medi-Cal y otros pacientes cubiertos por programas de bajos ingresos elegibles, y otros rechazos (como la cobertura restringida) deben ser clasificados como atención de salud de caridad.

La parte de la cuenta del paciente de Medicare por la que el paciente es financieramente responsable (es decir, las cantidades de coseguro y deducibles), (b) que no está cubierta por el seguro o cualquier otro pagador, incluyendo Medi-Cal/Medicaid, y (c) que Medicare no reembolsa como deuda incobrable, puede ser clasificada como atención de salud de caridad, si:

- El paciente es beneficiario de Medi-Cal/Medicaid u otro programa que brinda servicios de atención de salud a pacientes de bajos ingresos, o si
- el paciente cumple con los requisitos para recibir asistencia financiera bajo esta política, y solo en la medida de la cancelación prevista en esta política.

Cualquier paciente cuyo ingreso exceda el 450% del FPL y experimente un evento médico catastrófico puede ser considerado elegible para recibir asistencia financiera. Esos pacientes que tienen altos ingresos no cumplen con los requisitos para la atención de caridad total de rutina o la atención de caridad parcial con descuento. Sin embargo, la consideración de un evento médico catastrófico se puede hacer caso por caso. La determinación de un evento médico catastrófico se basará en el monto de la responsabilidad del paciente en los cargos facturados y en la consideración de los ingresos, el patrimonio neto y los activos monetarios del paciente según la información proporcionada en el momento de la ocurrencia. La administración usará la discreción razonable al hacer una determinación basada en un evento médico catastrófico. Como una pauta general, cualquier cuenta con un saldo por servicios de salud prestados que exceda los \$100,000 puede considerarse elegible como un evento médico catastrófico.

Resolución de conflictos

En caso de que surja una disputa con respecto a la elegibilidad, el paciente puede presentar una apelación por escrito para su reconsideración con TMMC. La apelación por escrito debe contener una explicación completa de la disputa y la justificación del paciente para la reconsideración. Cualquier o toda la documentación de respaldo relevante adicional para la solicitud del paciente debe adjuntarse a la apelación por escrito.

Cualquiera o todas las apelaciones serán evaluadas por el Director de la Oficina Comercial. El Director de la Oficina Comercial tomará en cuenta todas las declaraciones escritas y cualquier documentación adjunta. Después de realizar una revisión de los reclamos del paciente, el Director de la Oficina Comercial deberá proporcionar al paciente una explicación por escrito de los hallazgos y la determinación.

En caso de que el paciente considere que la disputa continúa después de que el Director de la Oficina Comercial haya considerado la apelación, el paciente puede solicitar una revisión por escrito con el Director Financiero. El Director Financiero revisará la apelación y la documentación del paciente, así como los hallazgos del Director de la Oficina Comercial. El Director Financiero hará una determinación y proporcionará al paciente una explicación por escrito de los hallazgos. Todas las determinaciones del Director Financiero serán definitivas. No habrá más apelaciones.

Planes de pago

Cuando TMMC haya hecho una determinación de la atención de salud de caridad parcial con descuento, el paciente tendrá la opción de pagar una parte o la totalidad de la cantidad adeudada en un pago único, o mediante un plan de pago a plazo programado.

TMMC discutirá las opciones del plan de pago con cada paciente que solicite un plan de pago. Los planes de pago individuales se establecerán de acuerdo con la capacidad del paciente para

cumplir eficazmente con los pagos y tomarán en cuenta los ingresos familiares y los gastos de vida esenciales del paciente. Como regla general, los planes de pago se estructurarán para que no duren más de 12 meses. TMMC negociará de buena fe con el paciente; sin embargo, no tiene la obligación de aceptar los términos de pago ofrecidos por el paciente. Si TMMC y el paciente o la familia del paciente no pueden aceptar los términos de un plan de pago, entonces el pago mensual se basará en el 10% de los ingresos mensuales familiares del paciente. No se cobrarán intereses al paciente por la duración de un plan de pago establecido según las disposiciones de la Política de asistencia financiera.

Agencias de cobranza

TMMC hará todos los esfuerzos razonables y viables para informar sobre las opciones de pago y los programas disponibles a todos los pacientes que reciban servicios en TMMC. En caso de que un paciente o garante no responda o no se comunique con TMMC para resolver una cuenta pendiente, TMMC puede remitir la cuenta a su agencia de cobranza de acuerdo con la Política de crédito y cobro de TMMC. Debido a que no se conoce la situación financiera del paciente, la cantidad enviada para la cobranza externa tendrá un descuento del 83%, de acuerdo con la Política de descuentos no asegurados de TMMC. Para los fines de esta Política de asistencia financiera, el descuento se tratará como un descuento no asegurado cuando se remita la cuenta a la agencia de cobranza. Las agencias externas de cobranza de TMMC pueden modificar más la cantidad si se determina el estado financiero del paciente y el paciente es elegible para recibir asistencia financiera. La agencia de cobranza deberá esforzarse para recuperar solo esta cantidad reducida.

La información obtenida durante los esfuerzos de recuperación de la agencia de cobranza se utilizará para tomar determinaciones de elegibilidad, de acuerdo con los criterios establecidos en esta política. Cualquier cuenta devuelta a TMMC por una agencia de cobranza que ha determinado que el paciente o el representante de la familia no tiene los recursos para pagar su factura será considerada elegible para recibir atención de caridad. La documentación de la incapacidad del paciente o del representante de la familia para pagar los servicios se mantendrá en el archivo de documentos de atención de caridad. Además, las cantidades previamente canceladas a descuento no asegurado para esa cuenta serán revertidas y se tratarán como caridad.

Todas las cuentas devueltas por una agencia de cobranza para la reasignación de deudas incobrables a la atención de caridad serán evaluadas por el personal de la Oficina Comercial de TMMC antes de cualquier reclasificación en el sistema y los registros de contabilidad de TMMC.

Cómo solicitar asistencia financiera

La asistencia financiera solo se otorgará a los pacientes que requieran un tratamiento de emergencia o medicamento necesario. Las solicitudes de asistencia financiera, los resúmenes en lenguaje sencillo, la Política de Asistencia Financiera y la Política de Crédito y Cobros pueden solicitarse en el mostrador principal de admisiones ubicado en el vestíbulo principal de la Torre Lundquist; en el mostrador de admisiones ubicado en la sala de emergencias; en la Oficina Comercial de TMMC; en el sitio web de TMMC (www.torrancememorial.org); enviando una solicitud a la dirección indicada a continuación; y llamando a la Oficina Comercial de TMMC al (310) 517-4765.

Se puede solicitar ayuda para llenar las solicitudes comunicándose a la Oficina Comercial de TMMC, como se indicó anteriormente. Las solicitudes completas junto con toda la

documentación de respaldo requerida deben enviarse por correo a: Torrance Memorial Medical Center, Business Office, 3330 Lomita Blvd, Torrance, CA 90505. La solicitud solo se considerará completa cuando se haya recibido toda la documentación requerida.

Confidencialidad

Se reconoce que la necesidad de asistencia financiera es un tema sensible y muy personal para los destinatarios. Se mantendrá en todo momento la confidencialidad de las solicitudes, la información y los fondos de todos los que soliciten o reciban asistencia financiera. La orientación del personal y la selección del personal que implementará esta política deben guiarse por estos valores.

Requisitos de buena fe

TMMC hace convenios de asistencia financiera para los pacientes elegibles de buena fe, y se basa en el hecho de que la información presentada por el paciente o el representante de la familia es completa y correcta. La provisión de asistencia financiera no elimina el derecho a facturar, ya sea retroactivamente o en el momento del servicio, para todos los servicios, cuando el paciente o el representante de la familia proporciona información falsa o intencionalmente incorrecta. Además, TMMC se reserva el derecho de tratar de obtener todos los recursos, incluyendo, pero no limitado a, los daños civiles y penales de los pacientes o representantes familiares que hayan proporcionado información fraudulenta o intencionalmente incorrecta para solicitar asistencia financiera.

Para los servicios de atención de salud que se consideran cubiertos por esta política, TMMC no 1) venderá la deuda del paciente (con la posible, pero improbable, excepción de ciertas circunstancias permitidas por la ley); 2) no exigirá el pago de facturas médicas impagadas por atención previa relacionada con asistencia financiera antes de la prestación de servicios médicamente necesarios; 3) no aplazará o retrasará la atención médicamente necesaria; 4) no reportará información adversa a las agencias de informes crediticios; o 5) no iniciará ningún proceso legal.

Aprobaciones iniciales y revisiones importantes

Comité de Operaciones: 10/16/02

Fecha inicial de vigencia: 10/16/02

Fecha(s) de vigencia después de la revisión:

Fecha(s) de revisión: 06/04, 03/05, 8/05, 9/05, 09/14, 12/14, 11/15, 04/17, 07/18

Fecha(s) de modificación: 06/23/04, 8/05, 9/05, 12//06, 05/09, 09/14, 12/14, 11/15, 04/17, 07/18

Junta Directiva: 12/14, 12/15, 4/17, 8/18

Distribuido a: Política Administrativa y Manual de Procedimientos (Finanzas)

Políticas relacionadas:

Política de Crédito y Cobro - Admin 100.05

Política de Descuento - Admin 100.06

Apéndice B

Proveedores de médicos en Torrance Memorial Medical Center

<u>Especialidad médica</u>	Cubiertos bajo <u>FAP</u>	NO cubiertos <u>Bajo FAP</u>
Anestesiólogos		X
Médicos especialistas en quemaduras y médicos plástico	X	
Cardiólogos		X
Dentistas		X
Dermatólogos		X
Cardiólogos electrofisiólogos/de intervención		X
Médicos de urgencias	X	
Endocrinólogos y endocrinólogos reproductivos		X
Gastroenterólogos		X
Médicos generales, medicina familiar y atención primaria		X
Geriatras		X
Oncólogos ginecológicos		X
Internistas		X
Inmunólogo (y alergias)		X
Enfermedad infecciosa		X
Medicina interna		X
Neonatólogos	X	
Nefrólogos		X
Neurólogos y neurocirujanos		X
Obstetricia y Ginecología y parteras		X
Oncólogos/hematólogos		X
Oftalmólogos		X
Ortopedistas		X
Otorrinolaringólogos		X
Tratamiento del dolor		X
Médicos de cuidados paliativos		X
Patólogos	X	
Sub-especialistas pediátricos - TODAS las disciplinas		X
Pediatría		X
Perintólogos		X
Medicina física y rehabilitación		X
Podólogo		X
Psiquiatras		X
Psicólogos		X
Pulmonólogos		X
Oncólogos de radiación	X	
Radiólogos	X	
Reumatólogos		X
Cirujanos - todos (todas las disciplinas y especialidades)		X
Urólogos		X