

Política de asistencia financiera y cobro de deudas

| | | | |
|---------------|--------------------------------|-------------------|------------------------|
| Aprobada por: | Fecha de la última aprobación: | Fecha de emisión: | Versión: 2022-1 |
|---------------|--------------------------------|-------------------|------------------------|

Las copias impresas son solo una referencia. Consulte la última versión en la copia electrónica.

Referencias/Requisitos reglamentarios:

Esta Política cumple con el artículo 501(r) del Código de Impuestos Internos y reglamentaciones del Tesoro relacionadas.

Política de asistencia financiera y cobro de deudas

La política de California Rehabilitation Institute es brindar la Atención médicamente necesaria a todos los pacientes sin importar su raza, credo o capacidad de pago. Los pacientes que no cuentan con los medios para pagar los servicios provistos en California Rehabilitation Institute pueden solicitar asistencia financiera, que se les otorgará con sujeción a los términos y condiciones que se detallan a continuación.

I. Antecedentes

- A. California Rehabilitation Institute es un hospital de rehabilitación de pacientes internados dirigido y administrado de manera generalmente compatible con los requisitos del artículo 501(c)(3) del Código de Impuestos Internos y de las instituciones benéficas de acuerdo con la legislación estatal.
- B. California Rehabilitation Institute se compromete a brindar la Atención médicamente necesaria. La “Atención médicamente necesaria” se brinda a los pacientes sin perjuicio de su raza, credo o capacidad de pago.
- C. Se prevé que los principales beneficiarios de la **Política de Asistencia Financiera y Cobro de Deudas** sean pacientes sin seguro médico o pacientes de alto costo médico que residen dentro del área de servicio de California Rehabilitation Institute (definida por un radio de 50 millas alrededor de la instalación), cuyo ingreso familiar anual no supere el 400 % de las Directrices federales de pobreza (“FPG”) publicados oportunamente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos y en efecto en la fecha de servicio para el otorgamiento de asistencia financiera en virtud de esta Política. Los pacientes que atraviesen dificultades económicas o personales o circunstancias médicas especiales también pueden reunir las condiciones para recibir la asistencia. Bajo ninguna circunstancia se podrá cobrar a un paciente habilitado para recibir la asistencia financiera en virtud de esta Política más de los montos que se facturan

habitualmente por esa atención.

- D. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de California Rehabilitation Institute para obtener asistencia financiera u otras formas de pago, y que contribuyan con los costos de su atención en función de su capacidad de pago individual.

II. Definiciones

- A. El “ingreso familiar anual” se determina utilizando la definición de la Oficina del Censo, que utiliza los siguientes ingresos al calcular los niveles federales de pobreza:
- Incluye los ingresos, las indemnizaciones por desempleo, las indemnizaciones por accidentes de trabajo, el Seguro Social, la Seguridad de Ingreso Suplementario, la asistencia pública, los pagos a los veteranos, las prestaciones de supervivencia, los ingresos por pensiones o jubilaciones, los intereses, los dividendos, los alquileres, los derechos de autor, los ingresos procedentes de herencias, los fideicomisos, las ayudas a la educación, la pensión alimenticia, la manutención de los hijos, las ayudas ajenas al hogar y otras fuentes diversas.
 - Las prestaciones no monetarias (como los cupones de alimentos y los subsidios de vivienda) no cuentan.
 - El ingreso se determina antes de los impuestos.
 - Si una persona vive con su familia inmediata, el “ingreso familiar anual”, incluye los ingresos de todos los miembros de la familia.
- B. “Solicitud” es el proceso de solicitud en virtud de esta Política, incluyendo (a) completar la solicitud de asistencia financiera de California Rehabilitation Institute en persona, en internet o por teléfono con un representante, o (b) enviar por correo postal o entregar una copia impresa completada de la solicitud a California Rehabilitation Institute.
- C. “CBO” significa Oficina central de facturación y cobranzas.
- D. “Familia” son los pacientes de 18 años o más, su cónyuge, su pareja de hecho, tal como se define en el artículo 297 del Código de la Familia, y los hijos menores de 21 años a su cargo, vivan o no en el domicilio. En el caso de los pacientes menores de 18 años, por familia se entiende el padre, los parientes cuidadores y otros hijos menores de 21 años del padre o pariente cuidador.
- E. “FPG” significará las Directrices federales de pobreza que oportunamente publique el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos y que se encuentren vigentes a la fecha de prestar el servicio.
- F. “Paciente de alto costo médico” se define de la siguiente manera:

- i. No paga por sí mismo (tiene cobertura de terceros)
 - ii. El ingreso familiar del paciente es igual o inferior al 400 % de los Niveles federales de pobreza (“FPL”)
 - iii. Los gastos médicos de bolsillo en los doce (12) meses anteriores (tanto si se producen dentro como fuera de cualquier hospital) superan el 10 % del ingreso familiar del paciente
- G. “Pacientes asegurados” son individuos que tienen algún seguro de salud privado o gubernamental.
- H. “Atención médicamente necesaria” significará los servicios necesarios y razonables, tal y como los define Medicare, para diagnosticar y brindar tratamiento preventivo, paliativo, curativo o reconstituyente para las afecciones físicas o mentales de acuerdo con los estándares de atención médica reconocidos profesionalmente y aceptados en general al momento de prestar el servicio. La atención médicamente necesaria no incluye los medicamentos recetados a pacientes ambulatorios.
- I. “Política” significará esta Política de asistencia financiera y cobro de deudas que se encuentra en vigencia actualmente.
- J. “Plan de pago razonable” implica pagos mensuales que no superan el 10 % del ingreso familiar del paciente durante un mes, excluyendo las deducciones por gastos de vida básicos. “Gastos esenciales de subsistencia” significa, a efectos de esta subdivisión, los gastos de cualquiera de los siguientes: alquiler o pago y mantenimiento de la casa; alimentos y suministros del hogar; servicios públicos y teléfono; ropa; pagos médicos y dentales; seguros; escuela o guardería; manutención de los hijos o del cónyuge; gastos de transporte y del auto, incluidos el seguro, la gasolina y las reparaciones, pagos a plazos; lavandería y limpieza, y otros gastos extraordinarios.
- K. “Pacientes sin seguro médico” son individuos: (i) que no tienen seguro de salud privado o gubernamental; (ii) cuyos beneficios de seguro se han agotado, o (iii) cuyos beneficios del seguro no cubren la Atención médicamente necesaria que pretende el paciente.
- L. “Pacientes que pagan por sí mismos” son personas que no cuentan con la cobertura de terceros de una aseguradora de salud, un plan de servicios de atención médica, Medicare o Medicaid, y cuya lesión no es una lesión indemnizable a efectos de la compensación de los trabajadores, el seguro del auto u otro seguro según lo determine y documente el hospital. Los pacientes que pagan por sí mismos pueden incluir a los pacientes de atención benéfica.
- M. “Paciente de atención benéfica” es un paciente que paga por sí mismo y que reúne los requisitos económicos o un paciente de alto costo médico.

III. Relación con otras políticas

- A. Política relativa a los servicios médicos de emergencia: California Rehabilitation Institute no presta servicios de emergencia.
- B. Cobertura de medicamentos recetados: los pacientes que necesiten asistencia con los costos de sus medicamentos recetados pueden reunir las condiciones para acceder a uno de los programas de asistencia para pacientes que ofrecen las compañías farmacéuticas.

IV. Criterios de elegibilidad para la asistencia financiera

Los pacientes que soliciten atención en California Rehabilitation Institute y reúnan las condiciones que se mencionan a continuación estarán habilitados para recibir la asistencia que se describe en el artículo VII en virtud de esta Política.

- A. Asistencia financiera en función de los ingresos:
 - 1. pacientes sin seguro médico y cuyo Ingreso familiar anual no supere el 400 % de las FPG,
 - 2. que soliciten Atención médicamente necesaria de servicios hospitalarios para pacientes internados, y
 - 3. que residen dentro del área de servicio de California Rehabilitation Institute (definida por un radio de 50 millas alrededor de la instalación).
- B. Formas adicionales de reunir los requisitos para la asistencia: un paciente que de otro modo no cumpla con los requisitos para recibir asistencia en virtud de esta Política, pero que no pueda pagar el costo de la Atención médicamente necesaria puede solicitar asistencia en las siguientes circunstancias:
 - 1. Circunstancias excepcionales: pacientes que comunican que están atravesando una dificultad personal o económica extrema (incluida una enfermedad terminal u otra afección médica muy grave).
 - 2. Circunstancias médicas especiales: pacientes que buscan tratamiento que solamente el personal médico de California Rehabilitation Institute puede brindar o que se beneficiarían de los servicios médicos permanentes de California Rehabilitation Institute en cuanto a la continuidad de la atención.

Las solicitudes de asistencia por Circunstancias excepcionales o Circunstancias médicas especiales se evaluarán caso por caso y el gerente de la Oficina central de facturación resolverá el caso.

- C. Evaluación de Medicaid: Los pacientes sin seguro médico que buscan atención en el California Rehabilitation Institute pueden ser contactados por un representante

para determinar si podrían reunir los requisitos para recibir Medicaid u otros programas de salud pública estatales. Los Pacientes sin seguro médico deben cooperar con el proceso de elegibilidad de Medicaid para que puedan recibir la asistencia financiera en virtud de esta Política.

V. Método para solicitarla

A. Asistencia financiera en función de los ingresos

1. Cualquier paciente que solicite asistencia financiera en función del ingreso en cualquier momento del proceso de programación o facturación puede completar la solicitud de asistencia financiera y se le pedirá que brinde información sobre el Ingreso familiar anual correspondiente al periodo de tres meses o de doce meses inmediatamente anterior a la fecha de revisión de elegibilidad. Se podrán utilizar servicios de verificación de ingresos de terceros como prueba del Ingreso familiar anual. Puede encontrar la solicitud de asistencia financiera en las áreas de Admisiones, en el sitio www.californiarehabinstitute.com o puede solicitarle una copia a un representante en nuestro centro o nuestra oficina de admisiones.
2. Si existiera alguna discrepancia entre dos fuentes de información, un representante de California Rehabilitation Institute podrá solicitar información adicional para corroborar el Ingreso familiar anual.

B. Circunstancias excepcionales

El personal de California Rehabilitation Institute iniciará una Solicitud para cualquier paciente que haya incurrido o corra el riesgo de incurrir en un saldo elevado o haya informado una dificultad personal o económica extrema. El personal de California Rehabilitation Institute recopilará la información sobre las circunstancias económicas y las dificultades personales del paciente

C. Circunstancias médicas especiales

El personal de California Rehabilitation Institute iniciará una Solicitud por cualquier paciente que durante el proceso de programación o admisión se compruebe que atraviesa posibles circunstancias médicas especiales y un representante solicitará una recomendación al médico que brinda o que va a brindar el tratamiento o atención en cuanto a que el paciente necesite tratamiento que solamente puede ser provisto por el personal médico de California Rehabilitation Institute, o bien se beneficiaría de los servicios médicos permanentes de California Rehabilitation Institute para la continuidad de su atención. Las resoluciones sobre las circunstancias médicas especiales estarán a cargo del médico que trata al paciente bajo la dirección del director médico.

D. Solicitudes incompletas o faltantes

Se notificará a los pacientes si falta información en la Solicitud y se les brindará la oportunidad razonable de suministrarla.

VI. Proceso de determinación de elegibilidad

- A. Entrevista financiera: Un representante de California Rehabilitation Institute intentará comunicarse por teléfono con todos los Pacientes sin seguro médico que requieran asistencia financiera en el momento de programar una entrevista financiera. El representante solicitará información, incluido el tamaño familiar, las fuentes de ingreso familiar y cualquier otra circunstancia económica o atenuante que respalde la elegibilidad en virtud de esta Política y ayudará a completar la Solicitud. En el momento de la cita o una vez realizada la admisión, se les pedirá a los pacientes que visiten al representante de California Rehabilitation Institute y firmen la Solicitud.
- B. Solicitud recibida: Toda Solicitud, ya sea completada de manera personal, en internet, entregada o enviada por correo postal se enviará al representante de California Rehabilitation Institute para que la evalúe y la procese.
- C. Determinación de elegibilidad: Un representante de California Rehabilitation Institute evaluará y procesará todas las Solicitudes de asistencia financiera. Se notificará al paciente por carta la resolución sobre su elegibilidad.
- El incumplimiento del proceso de evaluación de la Cobertura de Medicaid y la Asistencia financiera de California Rehabilitation Institute excluirá a los pacientes de la elegibilidad para la Asistencia financiera.
 - Se harán modificaciones a los descuentos concedidos anteriormente si la información posterior indica que la información proporcionada a California Rehabilitation Institute era inexacta.

Tal como se utiliza en el presente documento, la “cantidad generalmente facturada” tiene el significado establecido en el Código de Impuestos Internos §501(r)(5) y en cualquier reglamento u otra guía emitida por el Departamento del Tesoro de Estados Unidos o el Servicio de Impuestos Internos que defina ese término. Consulte el Anexo A para una explicación detallada de cómo se calcula la “cantidad generalmente facturada”. El Anexo A se actualiza anualmente y también está disponible en www.californiarehabinstitute.com, nuestras áreas de admisión, y previa solicitud a un representante de California Rehabilitation Institute.

Una vez que California Rehabilitation Institute ha determinado que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera basada en sus ingresos, esa determinación es válida durante noventa (90) días a partir de la fecha de revisión de elegibilidad. Después de noventa (90) días, el paciente puede completar una nueva solicitud para solicitar asistencia financiera adicional.

VII. Bases para el cálculo de los montos cobrados a los pacientes, alcance y duración de la asistencia financiera

Los pacientes que accedan a la asistencia financiera en función del ingreso de acuerdo con esta Política recibirán asistencia de acuerdo con los siguientes criterios de ingresos.

Elegibilidad para el 100 % de descuento por atención benéfica para pacientes sin cobertura de terceros

- A. Si el ingreso familiar anual del paciente es de hasta el 200 % de las FPG, recibirá atención gratuita o el 100 % de cancelación de la responsabilidad del paciente por los servicios prestados. Los criterios y el proceso para determinar la elegibilidad de un paciente para la atención benéfica son los siguientes:
1. Se verifica que el ingreso familiar del paciente no excede el 200 % de los FPL con la declaración de impuestos federales más reciente o los talones de cheques recientes.
 2. Los primeros USD 10 000 de activos monetarios (activos líquidos) no se tienen en cuenta para determinar la elegibilidad.
 3. Solo el 50 % de los activos monetarios (activos líquidos) del paciente por encima de los primeros USD 10 000 se tiene en cuenta para determinar la elegibilidad.
 4. Las cuentas de jubilación y los planes de compensación diferida definidos por el IRS (tanto cualificados como no cualificados) no se consideran activos monetarios y se excluyen de la consideración.
 5. Se considerará que los activos que superen las cantidades excluidas por ley exceden los activos admisibles y pueden dar lugar a la denegación de los descuentos por atención benéfica.
 6. Los pacientes de alto costo médico sin cobertura de terceros cuyo ingreso familiar sea igual o inferior al 200 % de los FPL tendrán derecho al 100 % de la atención benéfica.
 7. Los pacientes de alto costo médico serán evaluados mensualmente para determinar su elegibilidad, y su estatus será válido para el mes actual o el mes de servicio más reciente retroactivo a doce meses de servicio.

Elegibilidad para el descuento parcial por atención benéfica para pacientes sin cobertura de terceros

1. Si el paciente no está asegurado y el ingreso familiar anual del paciente es superior al 200 %, pero inferior al 400 % de las FPG, es posible que se le aplique una

condonación parcial de los cargos facturados. El paciente también puede tener derecho a recibir descuentos en función de las circunstancias específicas, como enfermedades catastróficas o indigencia médica, a discreción de California Rehabilitation Institute.

2. Todos los pacientes que soliciten un descuento por atención benéfica deberán completar la Declaración de dificultades del paciente.
3. Se verificará que el ingreso familiar del paciente con la declaración de impuestos federales más reciente o los talones de cheques recientes.
4. Una vez que se determine que los ingresos familiares de un paciente se sitúan entre el 201 % y el 400 % de los FPL, los activos monetarios (activos fácilmente convertibles en efectivo, como cuentas bancarias y acciones que cotizan en bolsa) se tendrán en cuenta a la hora de determinar la elegibilidad para un descuento por atención benéfica.
5. Los pagos con descuento se limitarán al más alto de Medicare o Medi-Cal.

Elegibilidad para el descuento parcial por atención benéfica para pacientes de alto costo médico con cobertura de terceros

1. Los pacientes de alto costo médico con cobertura de terceros cuyo ingreso familiar está entre el 201 % y el 400 % de los FPL.
2. El paciente debe presentar un comprobante de pago de los gastos médicos. El comprobante de pago podrá ser verificado.
3. Todos los pacientes que soliciten un descuento por atención benéfica deberán completar el Formulario de información financiera del paciente. Los pacientes de alto costo médico deben ser evaluados mensualmente para contabilizar con precisión los costos médicos de los últimos doce (12) meses.
4. Se verificará que el ingreso familiar del paciente con la declaración de impuestos federales más reciente o los talones de cheques recientes para confirmar que el ingreso de la familia del paciente está entre el 201 % y el 400 % de los FPL.
5. Una vez que se determine que los ingresos están entre el 201 % y el 400 % de los FPL, no se tendrán en cuenta los activos a la hora de determinar la elegibilidad para un descuento por atención benéfica. La elegibilidad se basará únicamente en la calificación de los ingresos familiares del paciente.
6. Los pagos con descuento se limitarán al más alto de Medicare o Medi-Cal.
7. California Rehabilitation Institute y el paciente deberán negociar un plan de pagos, que tendrá en cuenta el ingreso familiar del paciente y los gastos de subsistencia básicos. Si California Rehabilitation Institute y el paciente no pueden

llegar a un acuerdo sobre el plan de pago, California Rehabilitation Institute utilizará la fórmula descrita en la definición de “Plan de pago razonable”, artículo II(J). Se puede ofrecer a los pacientes un plan de pago ampliado. Los planes de pago ampliados no tendrán intereses. La duración estándar del plan de pago será de doce (12) meses. Pueden ofrecerse planes de pago más largos con carácter excepcional.

VIII. Determinación de la elegibilidad para recibir asistencia financiera con anterioridad a la Acción por falta de pago

A. Facturación y esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera

California Rehabilitation Institute pretende determinar si el paciente reúne los requisitos para recibir la asistencia en virtud de esta Política con anterioridad o al momento de la admisión o el servicio. Si no se ha determinado la elegibilidad del paciente para recibir la asistencia financiera con anterioridad al alta o al servicio, California Rehabilitation Institute facturará la atención. Si el paciente tiene seguro médico, California Rehabilitation Institute facturará al asegurador registrado del paciente los cargos incurridos. Luego de la adjudicación del asegurador del paciente, el saldo de lo adeudado por el paciente se facturará directamente al paciente. Si el paciente no tiene seguro médico, California Rehabilitation Institute facturará al directamente al paciente los cargos incurridos. Los pacientes recibirán hasta cuatro estados de cuenta durante un periodo de 120 días a partir de la fecha de alta del paciente, que serán enviados al domicilio registrado del paciente. Solo los pacientes con un saldo impago recibirán un estado de cuenta. Los estados de cuenta incluyen un resumen en lenguaje sencillo de esta Política y de cómo solicitar asistencia financiera. Los esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad incluyen: notificación al paciente acerca de la Política una vez realizada la admisión y en comunicaciones escritas y verbales con el paciente sobre la factura del paciente, un esfuerzo por notificar al individuo por teléfono sobre la Política y el proceso para solicitar asistencia con al menos 30 días de anticipación previos a emprender cualquier acción de cobro extraordinaria, y una respuesta por escrito a cualquier solicitud de asistencia financiera para recibir asistencia en virtud de esta Política presentada dentro de los 240 días posteriores al primer estado de cuenta de facturación con respecto al saldo impago o, si es posterior, la fecha en la que una agencia de cobranza que trabaja en nombre de California Rehabilitation Institute devuelve el saldo impago al Hospital.

B. Acciones de cobro de saldos impagos

Si un paciente está intentando reunir los requisitos para acogerse a la política de atención benéfica del hospital, y está intentando de buena fe liquidar la factura pendiente, el hospital no enviará la factura impagada a ninguna agencia de cobros ni a ningún otro cesionario, a menos que dicha entidad haya aceptado cumplir con esta política.

Si un paciente tiene un saldo pendiente después de que se hayan enviado hasta cuatro estados de cuenta durante un periodo de 120 días, el saldo del paciente será remitido a una agencia de cobro que representa a California Rehabilitation Institute, la cual buscará el pago. Las agencias que ayudan al hospital deben:

- a. Evitar reportar información adversa a una agencia de informes de crédito al consumidor ni iniciar acciones civiles contra el paciente por falta de pago en ningún momento antes de los 180 días posteriores a la facturación inicial.
- b. Evitar utilizar embargos de salario, excepto por orden del tribunal tras una moción notificada, apoyada por un archivo de declaración del solicitante que identifique la base por la que cree que el paciente tiene la capacidad de hacer pagos sobre la sentencia bajo el embargo de salario, que el tribunal considerará a la luz del tamaño de la sentencia y la información adicional proporcionada por el paciente antes de, o en, la audiencia en relación con la capacidad de pago del paciente, incluyendo información sobre los probables gastos médicos futuros basados en la situación actual del paciente y otras obligaciones del paciente.
- c. Evitar colocar gravámenes en las viviendas principales.
- d. Cumplir con la definición y aplicación de un Plan de Pagos Razonable, tal y como se define en el artículo II(J).

Las agencias de cobro que representan a California Rehabilitation Institute tienen la capacidad de perseguir el cobro hasta 18 meses a partir del momento en que el saldo fue enviado a la agencia de cobro. Un paciente puede solicitar asistencia financiera en virtud de esta Política incluso después de que el saldo impago del paciente haya sido remitido a una agencia de cobro. Después de que hayan transcurrido por lo menos 180 días desde el primer estado de cuenta de facturación posterior al alta que muestre los cargos que siguen sin pagarse, y sobre una base de caso por caso, California Rehabilitation Institute puede buscar el cobro a través de una demanda cuando un paciente tiene un saldo impago y no cooperará con las solicitudes de información o pago de California Rehabilitation Institute o una agencia de cobro que trabaje en su nombre.

En ningún caso se retrasará o negará la Atención médicamente necesaria a un paciente antes de que se hayan hecho esfuerzos razonables para determinar si el paciente puede tener derecho a asistencia financiera. En California Rehabilitation Institute, un paciente sin seguro que busca programar nuevos servicios y que no se ha presumido elegible para asistencia financiera será contactado por un representante que notificará al paciente de la Política y le ayudará a iniciar una Solicitud de asistencia financiera si así lo solicita.

C. Revisión y aprobación

El representante de California Rehabilitation Institute tiene la facultad de revisar y determinar si se han implementado los medios necesarios para evaluar si un Paciente reúne las condiciones para recibir asistencia en virtud de la Política de forma tal de iniciar acciones extraordinarias de cobro del saldo impago.

IX. Médicos sin cobertura en virtud de la Política de asistencia financiera y cobro de deudas de California Rehabilitation Institute

Ciertos servicios se prestan en el hospital a cargo de médicos empleados por Cedars-Sinai Medical Center o UCLA Health y, por lo tanto, estos servicios no están cubiertos por la Política de asistencia financiera y cobro de deudas de California Rehabilitation Institute. Sin embargo, estos servicios médicos pueden estar cubiertos por las políticas de asistencia financiera de Cedars-Sinai Medical Center o de UCLA Health.

Los médicos que trabajan en California Rehabilitation Institute que no están cubiertos por la Política de asistencia financiera y cobro de deudas de California Rehabilitation Institute están identificados en el Apéndice B, Lista de proveedores, por su nombre. La lista se actualiza trimestralmente y también está disponible en internet en www.californiarehabinstitute.com, en nuestras áreas de admisiones y previa solicitud a un representante de California Rehabilitation Institute.