

Política de asistencia financiera

Aprobada por:	Fecha de la última aprobación:	Fecha de emisión:	Versión: 2019-1
----------------------	---------------------------------------	--------------------------	---------------------------

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

La política del 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 el 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 inciso 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 sean los pacientes sin seguro médico o pacientes de alto costo médico que residen dentro del área de servicio del California Rehabilitation Institute (definida por un radio de 50 millas alrededor del centro), y cuyo ingreso familiar anual no supere el 350 % de los Niveles federales de pobreza (los “FPG”) publicados oportunamente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos y que se encuentren vigentes a 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 del 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 usando la definición de la Oficina del Censo, que contempla los siguientes ingresos al calcular los Niveles federales de pobreza:
- ingresos, seguro de desempleo, indemnización del trabajador, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos a veteranos, prestaciones a familiares supérstites, pensiones o jubilaciones, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos del patrimonio, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de menores, asistencia brindada por alguien externo al grupo familiar y otras fuentes.
 - Los beneficios no monetarios (como cupones para alimentos o subsidios de vivienda) no se toman en cuenta.
 - Los ingresos se determinan antes de impuestos.
 - Si una persona vive con sus parientes cercanos, el “Ingreso familiar anual” incluye el ingreso de todos los integrantes de la familia.
- B. “Solicitud” significa el proceso para solicitar la asistencia en virtud de esta Política, ya sea (a) al completar la solicitud de asistencia financiera del California Rehabilitation Institute de manera personal, en internet o incluso por teléfono con un representante o (b) mediante el envío por correo postal o la entrega de una copia impresa de la solicitud al California Rehabilitation Institute.
- C. “CBO” significa Oficina central de facturación y cobranzas.
- D. “Familia” significará el paciente, el cónyuge del paciente (sin importar dónde viva el cónyuge) y todos los hijos naturales o adoptivos del paciente menores de dieciocho años que vivan con el paciente. Si el paciente es menor de dieciocho años, la familia incluirá al paciente, los padres naturales o adoptivos del paciente (sin importar dónde vivan los padres) y todos los hijos naturales o adoptivos de los padres menores de dieciocho años que vivan en el hogar.
- E. “FPG” significará los niveles 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 es un paciente que paga por cuenta propia (tiene cobertura de terceros)

- ii. Los ingresos de la familia del paciente están por debajo del 350 % de los Niveles federales de pobreza.
 - iii. Los gastos médicos de bolsillo en los doce (12) meses anteriores (ya sea dentro o fuera de cualquier hospital) exceden el 10 % de los ingresos de la familia del paciente.
- G. “Pacientes asegurados” son individuos que tienen algún seguro de salud privado o gubernamental.
- H. “Atención médicamente necesaria” significará los servicios, según la definición de Medicare, necesarios y razonables 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 que se encuentra en vigencia actualmente.
- J. “Plan de pago razonable” implica pagos mensuales que no superan el 10 % de los ingresos de la familia del paciente durante un mes, excluyendo las deducciones por gastos esenciales de subsistencia. “Gastos esenciales de subsistencia” significa, a los efectos de esta subdivisión, los gastos por cualquiera de los siguientes conceptos: alquiler o pago y mantenimiento de la vivienda, alimentos y suministros para el hogar, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguros, escuela o guardería, manutención de los hijos o del cónyuge, transporte y gastos de automóvil, incluidos seguros, gas y 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 cuenta propia” son personas que no tienen cobertura de terceros de un seguro médico, un plan de servicios de atención de salud, Medicare o Medicaid, y cuya lesión no es una lesión indemnizable a los efectos de la indemnización de los trabajadores, el seguro de automóvil u otro seguro determinado y documentado por el hospital. Los pacientes que pagan por cuenta propia pueden incluir a los pacientes de cuidados caritativos.
- M. “Paciente de cuidados caritativos” es un paciente que paga por cuenta propia o un paciente de alto costo médico.

III. Relación con otras políticas

- A. Política relativa a los servicios médicos de emergencia: el 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 el 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 350 % del FPG,
 - 2. que soliciten Atención médicamente necesaria de servicios hospitalarios para pacientes internados, y
 - 3. que vivan en el área de servicio del California Rehabilitation Institute (definida como un radio de 50 millas alrededor del centro).
- 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 del California Rehabilitation Institute puede brindar o que se beneficiarían de los servicios médicos permanentes del 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: quizá un representante se contacte con los Pacientes sin seguro médico que soliciten la atención en el California Rehabilitation Institute para determinar si reúnen los requisitos para Medicaid u otros programas de atención médica 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 y 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, o en el sitio www.californiarehabinstitute.com o puede solicitarle una copia a un representante en nuestra oficina de admisiones.
2. Si existiera alguna discrepancia entre dos fuentes de información, un representante del California Rehabilitation Institute podrá solicitar información adicional para corroborar el Ingreso familiar anual.

B. Circunstancias excepcionales

El personal del 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 del California Rehabilitation Institute recopilará la información sobre las circunstancias económicas y las dificultades personales del paciente.

C. Circunstancias médicas especiales

El personal del 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 del California Rehabilitation Institute, o bien se beneficiaría de los servicios médicos permanentes del 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.

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 del 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 del California Rehabilitation Institute y firmen la Solicitud.
- B. Solicitudes recibidas: Toda Solicitud, ya sea completada de manera personal, en internet, entregada o enviada por correo se enviará al representante del California Rehabilitation Institute para que la evalúe y la procese.
- C. Determinación de elegibilidad: Un representante del 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 de la asistencia financiera del 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 al California Rehabilitation Institute era inexacta.

Tal como se utiliza en el presente documento, la “cantidad generalmente facturada” tiene el significado establecido en el IRC §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 (IRS) que defina ese término. Consulte el Apéndice A para una explicación detallada de cómo se calcula la “cantidad generalmente facturada”. El Apéndice A se actualiza anualmente y también está disponible en el sitio www.californiarehabinstitute.com, en nuestras áreas de admisiones, y puede solicitarle una copia al representante del California Rehabilitation Institute.

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

- A. Si su ingreso familiar anual es inferior al 200 % del FPG, recibirá atención gratuita o una deducción del 100 % de lo adeudado por el paciente luego de que el seguro haya pagado. Los criterios y el proceso para determinar la elegibilidad de un paciente para recibir cuidados caritativos son los siguientes:
1. Se verifica que los ingresos de la familia del paciente no superen el 200 % del FPL con la última declaración de impuestos federales o los últimos talones de cheques de pago.
 2. Los primeros 10,000 dólares de activos monetarios (activos líquidos) no se cuentan para determinar la elegibilidad.
 3. Solo el 50 % de los activos monetarios de un paciente (activos líquidos) por encima de los primeros 10,000 dólares se cuenta para determinar la elegibilidad.
 4. Las cuentas de jubilación y los planes de compensación diferida definidos por el Servicio de Impuestos Internos (tanto los calificados como los no calificados) no se consideran activos monetarios y están excluidos de la consideración.
 5. Los activos que superen las cantidades excluidas por ley se considerarán que exceden los activos permitidos y pueden dar lugar a la denegación de los descuentos por cuidados caritativos.
 6. Los pacientes de alto costo médico sin cobertura de terceros cuyos ingresos familiares estén al 200 % o menos del FPL reunirán los requisitos para el 100 % de la atención de caridad.
 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 actual retroactivo a doce meses de servicio.

Elegibilidad para el descuento parcial en cuidados caritativos para pacientes sin cobertura de terceros

1. Si no posee seguro médico y su ingreso familiar anual es superior al 200 % pero inferior al 350 % de los FPG, quizá pueda acceder a una deducción parcial de los cargos facturados. El paciente también puede tener derecho a recibir descuentos en función de cada caso concreto y de circunstancias específicas, como una enfermedad catastrófica o la indigencia médica, a discreción del California Rehabilitation Institute.

2. La Divulgación de dificultades del paciente debe ser completada para todos los pacientes que soliciten un descuento por cuidados caritativos.
3. Los ingresos de la familia del paciente se verificarán con la última declaración de impuestos federales o los últimos talones de cheques de pago.
4. Una vez que se determine que los ingresos de la familia de un paciente se encuentran entre el 201 % y el 350 % del FPL, los activos monetarios (activos fácilmente convertibles en efectivo, como cuentas bancarias y acciones cotizadas en bolsa) se considerarán en la determinación de la elegibilidad para un descuento por cuidados caritativos.
5. Los pagos con descuento se limitarán a los más altos de Medicare, Medi-Cal o cualquier otro programa de salud patrocinado por el Gobierno en el que participe el hospital.

Elegibilidad para el descuento parcial en cuidados caritativos para pacientes de alto costo médico con cobertura de terceros

1. Los pacientes de alto costo médico con cobertura de terceros cuyos ingresos familiares estén entre el 201 % y el 350 % del FPL.
2. El paciente debe presentar un comprobante de pago de los gastos médicos. Es posible que se verifique el comprobante de pago.
3. El Formulario de información financiera del paciente debe ser completado para todos los pacientes que soliciten un descuento por cuidados caritativos. Los pacientes de alto costo médico serán evaluados mensualmente para contabilizar con precisión los costos médicos de los últimos doce (12) meses.
4. Los ingresos de la familia del paciente se verificarán con la última declaración de impuestos federales o los últimos talones de cheques de pago para confirmar que los ingresos de la familia del paciente estén entre el 201 % y el 350 % del FPL.
5. Una vez que se determine que los ingresos están entre el 201 % y el 350 % del FPL, no se considerará ningún activo en la determinación para un descuento por cuidados caritativos. La elegibilidad se basará en el cumplimiento de los requisitos de ingresos de la familia del paciente solamente.
6. Los pagos con descuento se limitarán a los más altos de Medicare, Medi-Cal o cualquier otro programa de salud patrocinado por el Gobierno en el que participe el hospital.
7. El California Rehabilitation Institute y el paciente negociarán un plan de pago que tendrá en cuenta los ingresos de la familia del paciente y los gastos esenciales de subsistencia. Si el California Rehabilitation Institute y el paciente no pueden llegar a un acuerdo sobre el plan de pago, el California Rehabilitation Institute utilizará la fórmula descrita en la definición de “Plan de pago razonable”,

Sección II(M). A los pacientes se les puede ofrecer un plan de pago ampliado. Los planes de pago ampliados serán sin intereses. La duración del plan de pago estándar será de doce (12) meses. Se pueden ofrecer planes de pago más largos con carácter de excepción.

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

El 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, el California Rehabilitation Institute facturará la atención. Si el paciente tiene seguro médico, el 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, el California Rehabilitation Institute facturará directamente al paciente por los cargos incurridos. Los pacientes recibirán hasta cuatro estados de cuenta durante un período 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 al inicio de una acción legal, 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 del California Rehabilitation Institute devuelve el saldo impago al Hospital.

B. Acciones de cobro de saldos impagos

Si un paciente está tratando de cumplir los requisitos de elegibilidad bajo la política de cuidados caritativos del hospital, y está tratando de buena fe de liquidar la cuenta pendiente, el hospital no enviará la cuenta pendiente a ninguna agencia de cobro u otro cesionario a menos que esa entidad haya acordado cumplir con esta política.

Si un paciente tiene un saldo pendiente después del envío de cuatro estados de cuenta durante un período de 150 días, el saldo impago del paciente se transferirá a una agencia de cobranza que actuará en nombre del California Rehabilitation Institute para demandar el pago. Las agencias que asisten al hospital deben:

- a. No comunicar información adversa a una agencia de información crediticia del consumidor ni iniciar una acción civil contra el paciente por falta de pago en ningún momento antes de los 150 días posteriores a la facturación inicial.
- b. No utilizar embargos de salario, excepto por orden del tribunal a través de una moción notificada, respaldada por un archivo de declaración del demandante que identifique la base por la que cree que el paciente tiene la capacidad de hacer pagos en la sentencia bajo el embargo de salario, que el tribunal considerará a la luz de la magnitud de la sentencia y la información adicional proporcionada por el paciente antes o durante la audiencia relativa a la capacidad de pago del paciente, incluida la información sobre probables gastos médicos futuros basados en la situación actual del paciente y otras obligaciones del paciente.
- c. No establecer embargos preventivos en las residencias principales.
- d. Cumplir con la definición y aplicación de un Plan de pago razonable, como se define en la Sección II(M).

Las agencias de cobro que representan al California Rehabilitation Institute tienen la capacidad de intentar obtener el cobro hasta por 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 ha sido enviado a una agencia de cobranza. Luego del transcurso de 150 días como mínimo a partir del primer estado de cuenta con posterioridad al alta que indique cargos impagos, y caso por caso, el California Rehabilitation Institute podrá perseguir el cobro mediante una acción legal cuando un paciente tiene un saldo impago y no cooperará con las solicitudes de información o pago del California Rehabilitation Institute o de una agencia de cobranza que actúe en su nombre.

En ningún caso se denegará o demorará la Atención médicamente necesaria a un paciente antes de implementar los medios necesarios para determinar si el paciente puede reunir los requisitos para recibir asistencia financiera. En el California Rehabilitation Institute, un representante se comunicará con un paciente sin seguro médico que pretenda programar nuevos servicios y que presuntamente no reúna los requisitos para recibir asistencia financiera para informarle acerca de la Política y lo ayudará a iniciar una Solicitud de asistencia financiera si así lo requiere.

C. Revisión y aprobación

El representante del 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 del California Rehabilitation Institute

Ciertos servicios son brindan en el hospital por médicos empleados por el Cedars-Sinai Medical Center o por UCLA Health y, por lo tanto, estos servicios no están cubiertos por la política de asistencia financiera del California Rehabilitation Institute. Sin embargo, estos servicios médicos pueden estar cubiertos por las políticas de asistencia financiera del Cedars-Sinai Medical Center o de UCLA Health.

Los médicos que trabajan en el California Rehabilitation Institute que no están cubiertos por esta Política del California Rehabilitation Institute se identifican en el **Apéndice B, Lista de proveedores**, por nombre. La lista se actualiza trimestralmente y también está disponible en el sitio www.californiarehabinstitute.com, en nuestras áreas de admisiones, y puede solicitarle una copia al representante del California Rehabilitation Institute.