



POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO

Título: Procedimiento de atención de caridad de California

Ubicación: Corona Regional Medical Center	N.º de póliza:	Página: 1 de 14
Departamento propietario del documento: ADMISIÓN		
Fecha original de entrada en vigencia: 1/1/2022	Fecha de la última revisión: 05/26/25	Fecha original de entrada en vigencia: 05/26/25
Sección: Departamento específico/ Servicios de acceso para pacientes		

Alcance:

El propósito de esta póliza es describir las circunstancias bajo las cuales se puede proporcionar atención de caridad y descuentos en el pago a los pacientes de bajos ingresos que califiquen para recibir los servicios brindados y necesarios desde el punto de vista médico.

Objetivo:

Corona Regional Medical Center (CRMC) reconoce que hay personas que necesitan servicios médicos y no pueden pagarlos. El objetivo de CRMC es ayudar a estos pacientes a pagar su parte de la factura médica mediante la evaluación adecuada de su elegibilidad para Atención Caritativa o Pago con Descuento si no pueden pagar la factura, y ofrecer servicios gratuitos o con descuento a quienes cumplan con los requisitos de elegibilidad.

Los pacientes que califican para recibir asistencia financiera tienen un ingreso familiar anual igual o inferior al 400 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL) y que (i) han recibido servicios médicamente necesarios del hospital, (ii) no tienen seguro médico o tienen un seguro insuficiente; y (iii) han completado la documentación requerida que corrobora sus niveles de ingresos como se establece en este documento.

Esta póliza debe ser utilizada por los Coordinadores de Admisiones/Asesores Financieros del Hospital para evaluar, educar y asesorar a los pacientes que acudan al centro solicitando asistencia caritativa o descuentos, según corresponda. Los copagos, deducibles, coaseguros y otros montos adeudados por un paciente podrán reducirse en las circunstancias específicas identificadas en esta Política, de acuerdo con otra política de facturación y cobro de cuentas de pacientes, o según lo apruebe el Director Financiero/Director General del Hospital en consulta con el asesor legal del Hospital.

1. CRMC cumplirá con las leyes y regulaciones federales y estatales relacionadas con los servicios médicos de emergencia y la atención caritativa.

Fecha De Revisión: 05/26/25

2. CRMC brindará atención de caridad a pacientes calificados que no tengan otras fuentes de pago principales para aliviarlos de toda o parte de su obligación financiera por los servicios médicamente necesarios de CRMC.
3. En circunstancias atenuantes, el hospital podrá, a su discreción, aprobar atención caritativa fuera del alcance de esta política.
4. Esta política se interpretará e implementará de conformidad con la Ley de Precios Justos en Hospitales (Código de Salud y Seguridad, Sección 127400 y siguientes), el Programa de Facturación Justa en Hospitales (Código de Reglamentos de California, Título 22, Sección 96051 y siguientes) y otras leyes y reglamentos que rigen el cobro de las deudas de los pacientes. Todas las agencias de cobro que trabajen en nombre de CRMC deberán cumplir con la Sección 127400 y siguientes del Código de Salud y Seguridad, y sus modificaciones, y con las pólizas aplicables de CRMC en materia de agencias de cobro, incluida esta política.

Definiciones:

- "Atención Caritativa" significa atención gratuita y se refiere a la asistencia financiera completa para pacientes que pagan por sí mismos y que califican, lo que los libera de su obligación financiera por servicios de atención médica médicamente necesarios.
- "Pago con descuento" o "Descuento parcial" significa cualquier cargo por atención que se reduce pero no es gratuito, y se refiere a la asistencia financiera parcial a pacientes que califican que los libera de su obligación financiera en parte por servicios de atención médica médicamente necesarios.
- "Ingresos Familiares" se refiere a los ingresos anuales de todos los miembros de la Familia del Paciente, según consta en recibos de sueldo o declaraciones de impuestos recientes. Las "declaraciones de impuestos recientes" son las declaraciones que documentan los ingresos familiares del año en que se facturó al Paciente por primera vez o de los 12 meses anteriores a dicha fecha. Los "recibos de sueldo recientes" son los recibos de sueldo correspondientes a los 6 meses anteriores o posteriores a la primera facturación del hospital al Paciente, o, en el caso de preservicio, al momento de la presentación de la solicitud.
- "Nivel Federal de Pobreza (FPL)" significa las pautas de pobreza basadas en los ingresos y el tamaño de la familia, actualizadas periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., publicadas al <http://aspe.hhs.gov/poverty>.
- "Asistencia financiera" es un término general e incluye a los pacientes que califican para atención de caridad o atención de caridad de alto costo medico.

Fecha De Revisión: 05/26/25

- “Garante” significa una persona que tiene responsabilidad financiera legal por los servicios de atención médica del paciente.
- "Atención médica benéfica de alto costo" se refiere a la cancelación de la responsabilidad financiera restante de un paciente de alto costo después de que una fuente de pago de terceros realiza el pago por servicios médicamente necesarios (por ejemplo, un paciente que no paga por sí mismo), lo que lo libera de su obligación financiera por los servicios médicamente necesarios.
- “Un paciente con costos médicos altos” significa una persona (i) cuyos ingresos familiares no exceden el cuatrocientos por ciento (400%) del Nivel Federal de Pobreza; y (ii) cuyos costos de bolsillo exceden lo siguiente:

(1) Los costos anuales de bolsillo incurridos por el individuo en el hospital que excedan el menor de los dos valores siguientes: el 10 por ciento (10%) del ingreso familiar actual del paciente o el ingreso familiar de los 12 meses anteriores; o

(2) Los gastos anuales de bolsillo que excedan el 10 por ciento del ingreso familiar del paciente, si el paciente proporciona documentación de los gastos médicos pagados por él mismo o su familia en los 12 meses anteriores.

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

- “Programa de Quejas de Facturas Hospitalarias” se refiere al programa estatal que revisa las decisiones hospitalarias sobre si los pacientes califican para recibir ayuda para pagar la Responsabilidad del Paciente por los servicios de atención médica prestados. Si un paciente considera que se le denegó injustamente la asistencia financiera, puede presentar una queja ante el Programa de Quejas de Facturas Hospitalarias. Visite HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov para obtener más información y presentar una queja.
- “Servicio médicamente necesario” significa un servicio o tratamiento médico que es necesario para tratar o diagnosticar una condición médica, cuya omisión podría afectar negativamente la condición, enfermedad o lesión del paciente, y no es una cirugía o tratamiento electivo o cosmético.
- “Familia del paciente” significa cualquiera de los siguientes:
 - Para personas de 18 años de edad o más, cónyuge, "pareja doméstica", según se define en la Sección 297 del Código de Familia de California, e hijos dependientes menores de 21 años de edad, o de cualquier edad si están discapacitados, de conformidad con la Sección 1614(a) de la Parte A del Título XVI de la Ley del Seguro Social, ya sea que vivan en el hogar o no; o

Fecha De Revisión: 05/26/25

- Para personas menores de 18 años de edad o para un hijo dependiente de 18 a 20 años de edad, ambos inclusive, padre, parientes cuidadores y otros hijos dependientes de los padres o parientes cuidadores menores de 21 años de edad, o de cualquier edad si está discapacitado, de conformidad con la Sección 1614(a) de la Parte A del Título XVI de la Ley del Seguro Social.
- “Plan de Pago Razonable” se refiere a pagos mensuales que no superan el diez por ciento (10%) de los ingresos familiares mensuales del paciente, excluyendo las deducciones por gastos esenciales de vida. “Gastos esenciales de vida” se refiere, a efectos de esta subdivisión, a los gastos de cualquiera de los siguientes: alquiler o pago de vivienda y mantenimiento, alimentos y artículos del hogar, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguros, educación o guardería, manutención infantil o conyugal, transporte y gastos de automóvil, incluyendo seguro, gasolina y reparaciones, pagos a plazos, lavandería y limpieza, y otros gastos extraordinarios.
- “Descuento por pago propio” es un descuento brindado a pacientes que no califican para Atención Caritativa, un Descuento Parcial o una Atención Caritativa de Alto Costo Médico y que no tienen una compañía de seguros de terceros o cuyo seguro no cubre el servicio brindado o que han agotado sus beneficios.
- “Paciente que paga por sí mismo” significa un paciente que no tiene 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 compensable a los efectos de la compensación de trabajadores, seguro de automóvil u otro seguro según lo determine y documente el hospital.

Procedimientos:

1. El Hospital proporcionará Asistencia Financiera en forma de Atención Caritativa y Atención Caritativa para Altos Costos Médicos a los pacientes que cumplan con los criterios de elegibilidad establecidos en esta . El Hospital también ayudará a los pacientes a solicitar asistencia de otros programas disponibles, como el Programa de Seguro Médico para Niños de California (CHIP), financiado por el gobierno federal y estatal, programas del condado o programas de subvenciones, según sus circunstancias específicas. Los pacientes no están obligados a solicitar asistencia de programas gubernamentales para ser elegibles para la Asistencia Financiera de CRMC de conformidad con esta póliza. Todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago, recibirán un trato justo y respetuoso antes, durante y después de la atención médica.
2. Esta póliza depende de la cooperación de cada solicitante para que presente de forma precisa y oportuna la información de evaluación financiera que se establece en los

Fecha De Revisión: 05/26/25

procedimientos a continuación. La asistencia financiera no debe considerarse un sustituto de la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes contribuyan al costo de su atención médica según su capacidad de pago. La falsificación de información sobre elegibilidad financiera puede resultar en la denegación de una solicitud de asistencia financiera.

3. El hospital brindará servicios de emergencia a todas las personas, basándose únicamente en su necesidad médica, de conformidad con la Ley Federal de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA) y la legislación de California. No se demorará la prestación de servicios de evaluación médica y estabilización para consultar sobre el estado del seguro médico o la forma de pago de la persona.
4. Un médico de urgencias que brinda servicios médicos de urgencia en un hospital que brinda atención de urgencia también está obligado por ley a ofrecer descuentos a pacientes que pagan por sí mismos o pacientes con costos médicos altos que se encuentran en o por debajo del 400 % del nivel federal de pobreza.
5. Los pacientes con necesidad financiera demostrada pueden ser elegibles para Asistencia Financiera si completan una solicitud y cumplen con los requisitos de elegibilidad para Atención Benéfica o Atención Benéfica de Alto Costo Médico, según se define en esta Póliza. Los pacientes que no completen una solicitud podrían ser considerados elegibles para Asistencia Financiera utilizando información proporcionada por fuentes ajenas al paciente u otra persona que solicite asistencia financiera en ciertas circunstancias, como se establece en los procedimientos de Elegibilidad Presuntiva que se detallan a continuación. Un paciente considerado elegible para Asistencia Financiera tendrá derecho al descuento o atención benéfica más generoso disponible. La Asistencia Financiera podrá ser denegada si el paciente u otra persona responsable no cumple con los requisitos de esta Política.
6. Los pacientes que indiquen incapacidad financiera para pagar una factura por Atención Médicamente Necesaria serán evaluados para Atención Caritativa, Atención Caritativa de Alto Costo Médico o cobertura de un programa federal, estatal o del condado, según corresponda. La concesión de la Atención Caritativa o la Atención Caritativa de Alto Costo Médico se basará en una determinación individualizada de los ingresos familiares y no considerará edad, género, raza, situación social o migratoria, orientación sexual ni afiliación religiosa. Muchos solicitantes desconocen que pueden ser elegibles para asistencia como Medi-Cal, Health PAC, Víctimas de Delitos, Servicios para Niños de California o un plan de beneficios de la Ley de Cuidado de Salud Asequible. El hospital ayudará a los pacientes a explorar fuentes alternativas de pago y cobertura adecuadas de programas públicos y privados, y también a solicitar la participación en dichos programas. Sin embargo, si un paciente solicita, o tiene una solicitud pendiente, otro programa de cobertura médica al mismo tiempo que solicita Atención Caritativa o Atención Caritativa de Alto Costo Médico, ninguna solicitud impedirá la elegibilidad para el otro programa.

7. Los ingresos familiares anuales del solicitante se determinarán utilizando declaraciones de impuestos recientes o recibos de sueldo recientes, correspondientes al momento en que se prestaron los servicios médicamente necesarios, o al momento de solicitar atención caritativa o asistencia financiera. Las solicitudes de asistencia financiera se aceptan en cualquier momento después de la entrega por correo postal de USPS a la dirección postal o al número de fax proporcionado en la solicitud. La solicitud de asistencia financiera también puede entregarse personalmente en el hospital. El paciente deberá presentar la siguiente información:
 - Solicitud de asistencia financiera completa;
 - Talones de pago recientes según se define en esta .
 - Copia de la declaración reciente del impuesto sobre la renta federal (formulario 1040) de los miembros de la familia del paciente.

8. Proceso de solicitud: CRMC exhibirá información sobre su póliza de atención caritativa en las áreas de acceso correspondientes. Se realizará una evaluación preliminar a toda persona que solicite atención caritativa y, si esta no la descalifica para recibir Asistencia Financiera, se le entregará una solicitud con instrucciones sobre cómo solicitarla. Como parte de este proceso de evaluación, CRMC ayudará al paciente o al garante a determinar si ha agotado o no cumple los requisitos para recibir alguna fuente de pago de terceros, siempre que solicitar la elegibilidad para programas gubernamentales no sea un requisito para recibir Asistencia Financiera:
 - a. Cuando sea razonable para CRMC concluir que el garante es una persona indigente (sin hogar), se podrá realizar una determinación prima facie de elegibilidad y, en estos casos, CRMC podría no requerir una solicitud ni documentación de respaldo.
 - b. Un paciente (garante) es elegible para solicitar atención caritativa en cualquier momento al enviar documentación suficiente a CRMC para respaldar una determinación de asistencia financiera.
 - c. Con base en la documentación proporcionada con la solicitud de Asistencia Financiera, CRMC determinará si se requiere información adicional o si se puede tomar una determinación de Asistencia Financiera.
 - d. El incumplimiento por parte de un garante de completar razonablemente los procedimientos apropiados de solicitud de Asistencia Financiera será motivo suficiente para que CRMC inicie gestiones de cobro.
 - e. Se completará una determinación inicial del estado de patrocinio y la posible elegibilidad para asistencia financiera lo más cerca posible de la fecha del servicio.

Fecha De Revisión: 05/26/25

- f. CRMC notificará al paciente (garante) una determinación final dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la recepción de la documentación necesaria.
 - g. El paciente (garante) tiene derecho a apelar la decisión de no ser elegible para recibir Asistencia Financiera, presentando la documentación adicional pertinente a la Oficina Central de Facturación de CRMC dentro de los treinta (30) días siguientes a la recepción de la notificación de denegación. La apelación será considerada por el gerente comercial, el director financiero o la persona designada por este.
 - h. Se revisarán todas las apelaciones y, si la decisión de la apelación confirma la denegación, se enviará una notificación por escrito al paciente (garante). El proceso de apelación final concluirá dentro de los treinta (30) días siguientes a la recepción de la denegación por parte del solicitante.
9. La elegibilidad para la atención caritativa se determinará por la incapacidad de pago definida en esta política con base en uno o más de los siguientes criterios:
- a. Caridad Presunta: Puede haber circunstancias en las que se determine la elegibilidad de un paciente para la Atención Caritativa sin completar la solicitud formal de Asistencia Financiera ni proporcionar los documentos necesarios para su aprobación, como se establece anteriormente. El Hospital puede utilizar otras fuentes de información para realizar una evaluación individual de la necesidad financiera y determinar si el paciente es elegible para la Atención Caritativa y su aprobación. Esta información permitirá al Hospital tomar una decisión informada sobre la necesidad financiera, utilizando las mejores estimaciones disponibles, en ausencia de información proporcionada directamente por el paciente. La elegibilidad presunta para la Atención Caritativa puede determinarse en función de las circunstancias personales, que pueden incluir:
 - El paciente recibió asistencia financiera en los últimos 180 días.
 - Falta de vivienda o recepción de atención de una clínica que atienda a personas sin hogar;
 - Participación en programas para mujeres, bebés y niños (WIC);
 - Elegibilidad para cupones de alimentos;
 - Elegibilidad para programas de almuerzo escolar;
 - Vivir en una vivienda de bajos ingresos o subsidiada; o
 - El paciente falleció sin patrimonio o falleció y no se puede identificar el nombre ni la dirección del paciente.
 - b. Elegibilidad para organización benéfica de pago propio: un paciente que paga por sí mismo con un ingreso familiar igual o inferior al 400 % del FPL.

Fecha De Revisión: 05/26/25

- c. Elegibilidad para atención caritativa para pacientes con altos costos médicos: Un paciente con altos costos médicos con un ingreso familiar igual o inferior al 400 % del FPL y:
 - i. gastos anuales de bolsillo (OOP) incurridos por el paciente en este hospital que excedan el menor de los dos valores siguientes: 10 por ciento del ingreso familiar actual del paciente o el ingreso familiar de los 12 meses anteriores; o
 - ii. gastos OOP anuales incurridos con otros proveedores de atención médica que excedan el 10 por ciento del ingreso familiar del paciente, si el paciente proporciona documentación de los gastos médicos del paciente pagados por el paciente o la familia del paciente en los 12 meses anteriores.
10. **Asistencia financiera:** Para los servicios prestados a pacientes a partir del 1 de Enero de 2025, el Hospital ofrecerá lo siguiente (los servicios prestados antes del 1 de Enero de 2025 estarán sujetos a la Política de Asistencia Financiera vigente en ese momento):
- a. *Atención de caridad:* los pacientes que pagan por cuenta propia con un ingreso familiar verificado igual o inferior al 400 % del FPL más reciente recibirán una cancelación total de todos los cargos por servicios médicamente necesarios.
 - b. *Atención caritativa para pacientes con altos costos médicos:* los pacientes con altos costos médicos con un ingreso familiar verificado igual o inferior al cuatrocientos por ciento (400 %) del FPL más reciente recibirán una cancelación total de la responsabilidad del paciente por los servicios médicamente necesarios.
 - c. *Descuento parcial:* Los pacientes que pagan por cuenta propia con un ingreso familiar verificado entre el 401 % y el 500 % del FPL más reciente recibirán una deducción parcial de todos los cargos de pago por cuenta propia por servicios médicamente necesarios. Para estos pacientes, el pago esperado por los servicios se limitará al monto que el hospital habría recibido de Medicare.
 - d. *Descuento por pago propio:* los pacientes que pagan por cuenta propia con ingresos brutos superiores al 500 % del FPL no deberán más que la tasa de reembolso con descuento para pacientes ambulatorios o internados con pago privado aplicable, o el monto de copago establecido, lo que sea menor.
11. La comunicación y notificación sobre la disponibilidad de asistencia financiera en la comunidad de cada hospital se realizará de conformidad con la Ley de Precios Justos en Hospitales, el Programa de Facturación Justa en Hospitales y la Ley Federal de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA):

Fecha De Revisión: 05/26/25

- Se colocará señalización sobre la disponibilidad de asistencia financiera en las áreas de registro de los hospitales, incluyendo las salas de urgencias y todas las áreas de acceso para pacientes.
- Se entregará un Aviso de Prácticas de Cobro a todos los pacientes (fiadores) durante el registro, el cual se incluirá en el estado de cuenta final.
- Esta política se difundirá ampliamente en todo el CRMC, incluyendo, entre otros, el sitio web del CRMC, y estará disponible a solicitud.
- Los cuestionarios financieros estarán disponibles en todas las áreas de registro y acceso para pacientes.
- El personal de CRMC, incluido el personal de admisión/registro y asesoramiento financiero, así como los consultores en el lugar, como los defensores de la salud, evaluarán exhaustivamente a los pacientes para detectar una posible cobertura de terceros, incluido el seguro médico privado (Covered California Health Exchange), Medicare, Medicaid y otros programas estatales, y ayudarán a los pacientes a solicitar cobertura cuando corresponda.
- Las facturas de autopago deberán incluir lo siguiente:
 - A. Declaración de cargos
 - B. Una solicitud para que el paciente informe al hospital si tiene cobertura de seguro y que, si no la tiene, puede ser elegible para Medicare, Healthy Families, Medicaid, seguros a través del California Health Exchange, otros programas estatales o del condado y organizaciones benéficas.
 - C. Una declaración que indique cómo el paciente puede obtener una solicitud o solicitar los programas antes mencionados, junto con una referencia a la oficina local de asistencia al consumidor en una oficina local de servicios legales.
 - i. Nota: Si el paciente o su representante indica que el paciente no tiene cobertura de terceros y solicita una tarifa con descuento o una organización benéfica, se le proporcionará al paciente una solicitud para el programa Medicaid, el programa Healthy Families u otro programa estatal o del condado aplicable.
 - D. Información sobre las solicitudes de asistencia financiera y programas de beneficencia del hospital, incluyendo una declaración que indique que, si el paciente no tiene seguro médico o este es insuficiente y cumple con ciertos requisitos de bajos ingresos, podría calificar para un pago con descuento o atención de beneficencia. Esta declaración debe incluir un

Fecha De Revisión: 05/26/25

número de teléfono para obtener información adicional sobre el pago con descuento y el programa de beneficencia del hospital.

E. Elegibilidad del paciente sin solicitud. Casos en los que no se requiere una solicitud de asistencia financiera según las definiciones de organizaciones benéficas:

- Las denegaciones de Solicitudes de Autorización de Tratamiento (TAR), los servicios no cubiertos por Medicaid y las cancelaciones inoportunas de la facturación de Medicaid se registrarán con sus respectivos códigos de ajuste. Las cuentas de Medicare/Medicaid se cancelan con un código de ajuste correspondiente para su registro en el reembolso de Deudas Incobrables de Medicare.
- Finanzas identificará los montos registrados en esos códigos y transferirá esos montos de contractuales a caridad en el libro mayor.
- Para los ajustes de Medicare/Medicaid, la parte no reclamada como reembolso por deuda incobrable de Medicare se reclasificará como caridad.
- Se puede verificar la condición de indigente de un paciente en cualquier momento del ciclo de ingresos. La parte de la cuenta que cumple los requisitos para Atención Benéfica se ajustará con el código de ajuste 88870852: "Descuento Benéfico".

12. Los centros CRMC no realizarán gestiones extraordinarias de cobranza, incluyendo la derivación a agencias de cobranza externas, antes de realizar un esfuerzo razonable para determinar si el paciente califica para recibir asistencia financiera. Tras la derivación, las agencias de cobranza externas, en sus actividades de cobranza, incluyendo la realización de búsquedas de ingresos y activos para la autorización de demandas, pueden verificar la incapacidad de pago y presentar la cuenta para la aprobación de una organización benéfica en las siguientes circunstancias:

- Pacientes que pagan por cuenta propia con ingresos brutos iguales o inferiores al 400 % del Índice Federal de Pobreza (FPG). El saldo total se considerará caridad.
- Los pacientes que pagan por cuenta propia con ingresos brutos superiores al 400% pero inferiores al 500% de las FPG pueden calificar para un descuento parcial. La responsabilidad para este grupo de ingresos, en ningún caso, superará el reembolso previsto de Medicare.
- Pacientes que pagan por cuenta propia con ingresos brutos superiores al 500 % del FPL, la responsabilidad del paciente será la tasa de descuento de pago por cuenta propia vigente en el momento del servicio.

Fecha De Revisión: 05/26/25

- Los pacientes con costos médicos altos con ingresos inferiores al 400 % del FPL y gastos de atención médica superiores al 10 % del ingreso anual durante los últimos 12 meses serán elegibles para recibir la caridad completa.
- Elegibilidad del paciente según lo establecido por la necesidad financiera según el Cuestionario Financiero.
- Todos los empleados del CRMC, incluido el personal de registro, los asesores financieros, los representantes de acceso de pacientes, los representantes de cuentas de pacientes, los trabajadores sociales clínicos, las enfermeras, los administradores de casos, los capellanes, así como los directores de misión y los médicos del personal médico durante el curso normal de sus funciones, pueden identificar posibles situaciones de incapacidad de pago y deben derivar a los pacientes a asesoramiento financiero.
- Los trabajadores sociales clínicos que identifican posibles casos de servicios de caridad deben comunicarse con asesores financieros/representantes de acceso de pacientes para evaluar el potencial de caridad y presentar opciones de asistencia financiera al paciente/familia.
 - En estos casos, se puede ofrecer un Cuestionario Financiero al paciente/familia y la cuenta se documenta en consecuencia para ayudar a guiar los futuros esfuerzos de cobro.
- El Cuestionario Financiero debe ir acompañado de un comprobante de ingresos, ya sea mediante declaraciones de impuestos recientes o talones de pago recientes, según se define anteriormente. Si no se puede proporcionar ninguno de estos documentos, CRMC puede considerar cualquiera de los siguientes:
 - Si el paciente/responsable recibe el pago en efectivo, una carta del empleador que indique la tasa de pago.
 - Si no existe un acuerdo entre empleador y empleado, se puede considerar otra documentación escrita de ingresos en especie, caso por caso.
 - Los pacientes pueden solicitar una Solicitud de Asistencia Financiera llamando a la Oficina Central de Facturación, escribiendo a la dirección postal que figura en su estado de cuenta del paciente o descargando el formulario de los sitios web de CRMC.
 - Los pacientes que completen el Cuestionario Financiero son responsables de hacer un esfuerzo razonable para proporcionar la información necesaria para tomar una decisión. No proporcionar dicha información podría resultar en la denegación del Cuestionario Financiero.
- Proceso de revisión/aprobación de solicitudes de asistencia financiera:

Fecha De Revisión: 05/26/25

- Para cancelaciones de servicios de beneficencia restringidos o de pacientes sin hogar, cualquier empleado de la Oficina Central de Facturación puede iniciar la transacción. Se aplicarán los niveles de aprobación estándar para las transacciones.
 - Un asesor financiero debe revisar el Cuestionario Financiero. Si los ingresos brutos son iguales o inferiores al 400 % del FPG, el asesor podrá aprobar la solicitud de beneficencia basándose en la información presentada con la solicitud (se requiere comprobante de ingresos). Si los ingresos brutos superan el 400 % pero son inferiores al 500 % del FPL, el asesor financiero realizará una evaluación para la elegibilidad del Descuento Parcial basado en los ingresos, y las deducciones estarán sujetas a los niveles de aprobación estándar.
 - El Cuestionario Financiero deberá ser revisado y aprobado, rechazado o devuelto al paciente con una solicitud de información adicional dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción.
 - Las solicitudes de agencias de cobranza para servicios de caridad o el Cuestionario Financiero recibido de una agencia de cobranza serán revisadas por la Oficina Central de Negocios (CBO). La CBO seguirá el proceso de revisión descrito en el apartado (b) anterior para determinar la capacidad de pago y aprobar la Atención Caritativa, la Atención Caritativa de Alto Costo Médico o el Descuento Parcial.
 - Si se aprueba la caridad, cualquier depósito del paciente pagado a cuentas aprobadas para caridad deberá reembolsarse al garante de la cuenta, incluyendo los intereses. Esto NO aplica a pagos de terceros, incluyendo pagos de seguros de accidentes o liquidaciones pagadas desde cuentas fiduciarias de abogados. Dichos pagos se retendrán y se concederá caridad por la diferencia entre los cargos brutos y la suma de los pagos excluidos. Los reembolsos bajo esta disposición incluirán intereses a la tasa prescrita en la Sección 685.010 del Código de Procedimiento Civil.
- Notificación de determinación de caridad:
 - Para las cancelaciones de caridad para personas sin hogar, no es necesaria ninguna notificación.
 - En todos los casos en que se presentó un Cuestionario Financiero, la persona que aprueba la solicitud deberá presentar una determinación por escrito de no caridad, Descuento Parcial o caridad total a la persona que presentó las solicitudes en nombre del paciente dentro de los quince (15) días posteriores a la determinación final de la solicitud completa.
 - En caso de que no se apruebe el descuento parcial o no se apruebe la caridad, la carta de notificación informará que el paciente puede apelar la determinación.
 - Las apelaciones deben presentarse por escrito a:

Fecha De Revisión: 05/26/25

Corona Regional Medical Center
Attn: Servicios De Acceso Para Pacientes
800 S Main St
Corona, California 92882

- La Oficina Central de Facturación responderá a todas las apelaciones de denegación de beneficios de beneficencia. Si se deniega la apelación del paciente y se confirma la denegación original, se reanudarán las actividades de cobro para brindarle al paciente amplia oportunidad de realizar el pago, de acuerdo con las disposiciones de la ley estatal aplicable.
- Si se aprueba el Descuento Parcial, el saldo restante del paciente podrá pagarse en cuotas sin intereses, según lo acordado mutuamente entre el paciente y el centro. Los pacientes tendrán la oportunidad de negociar un Plan de Pago sin intereses que les permita pagar su saldo a plazos. Si CRMC y el Paciente no llegan a un acuerdo sobre los términos de un plan de pago, el Plan de Pago predeterminado consistirá en pagos mensuales que no superen el 10% (10%) de los ingresos familiares mensuales del Paciente, excluyendo las deducciones por gastos esenciales de vida. "Gastos esenciales de vida" se refiere, a efectos de esta subdivisión, a los gastos de cualquiera de los siguientes: alquiler o pago y mantenimiento de la vivienda, alimentación y artículos del hogar, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguros, educación o cuidado infantil, manutención infantil o del cónyuge, gastos de transporte y automóvil, incluyendo seguro, gasolina y reparaciones, pagos a plazos, lavandería y limpieza, y otros gastos extraordinarios.
- El Plan de Pago Extendido podrá declararse inoperante tras el incumplimiento por parte del Paciente o del Garante de todos los pagos consecutivos adeudados durante un período de 90 días a partir del primer día en que el Paciente incumpla con un pago. Antes de declarar inoperante el Plan de Pago Extendido del hospital, CRMC hará todo lo razonablemente posible para contactar al Paciente o al Garante por teléfono y notificarle por escrito, al menos sesenta (60) días calendario después del primer pago atrasado, que el Plan de Pago Extendido podría quedar inoperante y que existe la posibilidad de renegociarlo. Antes de que el Plan de Pago Extendido del hospital se declare inoperante, CRMC intentará renegociar los términos del Plan de Pago Extendido incumplido, si así lo solicita el Paciente o el Garante. El Paciente dispondrá de al menos treinta (30) días calendario, a partir de la fecha de envío de la notificación por escrito del pago atrasado, para realizar un pago antes de que el Plan de Pago Extendido se declare inoperante. Para ello, la notificación y la llamada telefónica al Paciente o al Garante podrán realizarse a su último número de teléfono y dirección conocidos. Si un Plan de Pago se declara inoperante y el Paciente ha calificado para Asistencia Financiera, CRMC y cualquier agencia de cobranza limitarán el

Fecha De Revisión: 05/26/25

monto que solicitan del Paciente o Garante al monto que el Paciente era responsable de pagar después de cualquier descuento.

- Si se utiliza una agencia de cobranza externa para cobrar la deuda impaga, esa agencia acepta cumplir con los requisitos de esta política y de la Ley de Precios Justos en Hospitales y el Programa de Facturación Justa en Hospitales, lo que incluye no embargar salarios ni colocar un gravamen sobre una residencia principal.

- Tramitación de la cancelación de donaciones benéficas:

- A. Si se ha emitido un descuento por autopago, dicho descuento debe revertirse para restablecer la totalidad de los cargos. Este paso permite al departamento de Finanzas aplicar una proporción entre el costo y los cargos al importe de la cancelación de la atención benéfica para determinar con precisión el costo de la atención benéfica para fines de informes externos.
- B. Luego, el porcentaje de descuento de caridad del 100 % se aplica a la cuenta, utilizando los códigos de ajuste existentes.
- C. Un paciente que pagó un depósito al momento del servicio y tiene derecho al 100% de beneficencia, o un paciente que pagó un depósito y tiene derecho a un Descuento Parcial y cuyo depósito excedió la obligación final según la política de beneficencia, tiene derecho a un reembolso dentro de los 30 días posteriores al exceso o al depósito total más intereses a la tasa prescrita en la Sección 685.010 del Código de Procedimiento Civil. Los pagos en exceso inferiores a \$5 no requieren reembolso. Si una cuenta con Descuento Parcial debe ser derivada a una agencia externa para su cobro, se marcará como beneficiaria de Descuento Parcial para que la agencia pueda garantizar que:
 - i. No iniciará una demanda con el fin de embargar salarios o imponer un gravamen sobre una residencia principal; y
 - ii. No informará la morosidad a una agencia de informes crediticios hasta 180 días después de la fecha del servicio, o 180 días después de que el paciente haya recibido la aprobación parcial de la caridad.
- D. **Reembolsos A Las Pacientes.** Si CRMC determina que un Paciente cumple los requisitos para recibir asistencia bajo esta Política y ha pagado a CRMC más de la cantidad que le corresponde, CRMC reembolsará el monto pagado en exceso, incluyendo los intereses a la tasa establecida en el Código de Procedimiento Civil, Sección 685.010, a partir de la fecha en que CRMC reciba el sobrepago. No obstante lo anterior, si el monto pagado en exceso por el Paciente es de \$5.00 o menos, CRMC no reembolsará el sobrepago ni pagará intereses.