

## Propósito

En Scripps Health nos esforzamos por proveer servicios médicos superiores en un entorno atento, y por marcar una diferencia positiva y medible en la salud de los pacientes que atendemos. Ayudar a cubrir las necesidades de los pacientes de bajos ingresos, no asegurados o con cobertura de seguro insuficiente es un elemento importante en nuestro compromiso con la comunidad. Esta política define los vehículos disponibles a través de los cuales en Scripps Health demostramos nuestro largo y antaño compromiso de cumplir con nuestra misión y valores.

La política de asistencia financiera establece las políticas de Scripps relativas a pagos descontados y asistencia financiera al 100 por ciento para pacientes que califican, y se tiene por escrito para dirigir y guiar al personal, y para comunicar eficazmente cómo se ejercerá consistentemente nuestro compromiso con todos los pacientes.

## Política

- A. Scripps hará todo esfuerzo dentro de lo razonable para ayudar a los pacientes a cumplir con su obligación financiera de pago por servicios de hospital, incluso los servicios de urgencias y alguna otra atención en el hospital que sea médicamente necesaria. La asistencia financiera de Scripps está diseñada para apoyar a los pacientes que han demostrado necesidad económica, y su propósito no es suplementar o circunvalar la cobertura provista por terceras partes, entre ellas Medicare.
- B. El alcance comunitario y la diseminación de información con respecto a la Asistencia Financiera Scripps, se logra a través de las siguientes medidas, de manera enunciativa más no limitativa:
1. Carteles o afiches colocados a la vista en áreas de registro (por ejemplo, en el departamento de urgencias, oficina de cobranza, áreas principales de admisión y oficinas de servicios auxiliares).
  2. Fotocopias de nuestra política de asistencia financiera, solicitudes de asistencia financiera y un resumen de la política en lenguaje común se pondrán a la disposición si se solicitan y sin ningún costo en absoluto para todos los pacientes de Scripps, en todas las áreas de registro de pacientes en Scripps y por correo.
  3. La política de asistencia financiera, un resumen en lenguaje común y las solicitudes de asistencia financiera se pondrán en la página de Internet de Scripps en un lugar fácil de ver para leerse, descargarse e imprimirse sin cargo alguno. El resumen de la política de asistencia financiera incluirá la dirección de la página de Internet en donde se encuentran estos documentos.
  4. La información de asistencia financiera estará incluida en todas las facturas/estados de cuenta del paciente.
  5. Un resumen de la política de asistencia financiera estará disponible en eventos comunitarios y se le hará llegar a las agencias locales que brindan apoyo a consumidores.
- C. Hasta donde lo exija la ley, Scripps dará una copia de esta política e información relacionada a la Oficina de Planificación y Desarrollo de Salud para el Estado. Además, la política de Scripps estará disponible para individuos del público para su revisión si lo solicitan por medio de Atención al Cliente de Servicios Financieros para Pacientes. La revisión se facilitará por medio de intérpretes (en caso de impedimentos de idioma, vista, oído) o de materiales impresos según lo solicite el individuo.

- D. Scripps Health respetará la dignidad de cada paciente, actuará con ética en todos los asuntos financieros de los pacientes y se comunicará con eficacia para ayudar a los pacientes a resolver sus obligaciones financieras tal como se describe en los elementos procesales a continuación.
- E. Scripps también reconoce que los miembros de la familia y amistades de los pacientes podrían ofrecer apoyo monetario para liquidar la factura del hospital aun cuando no tienen ninguna obligación de hacerlo. Para disminuir la carga a la comunidad que representa la atención médica brindada sin fondos para liquidarla, Scripps aceptará estos pagos. Sin embargo, dichos pagos y los bienes de quienes los ofrecen, no se tomarán en cuenta en la solicitud para asistencia financiera del paciente. Scripps se apegará a los lineamientos de privacidad de la ley HIPAA antes de tratar el tema de la cuenta del paciente con sus familiares u otros representantes.
- F. La información que se obtenga en el curso de decidir sobre la elegibilidad para asistencia financiera por ingreso y/o para atención de caridad de acuerdo con esta política, no deberá usarse para efectos de cobranza.

## Procedimientos

- A. Comunicación e identificación del paciente y su cuenta
  - 1. Se dará información por escrito sobre asistencia financiera a todos los pacientes que se harán cargo de pagar su propia cuenta de su bolsillo. La Declaración de Evaluación Financiera del Paciente está disponible y se le dará a los pacientes que expresen interés en ella, o cuando sea posible, a quienes se haya identificado como pacientes que necesitan asistencia financiera. Los materiales por escrito estarán disponibles en inglés y en español. Se ofrecen servicios de interpretación de idiomas siempre que son necesarios para facilitar la comprensión y participación del paciente en opciones de asistencia financiera.
  - 2. La decisión respecto a la asistencia financiera se emitirá tan pronto sea razonablemente posible. Se evalúa a los pacientes para determinar su capacidad de pago y/o para determinar su elegibilidad para participar en programas de pago, incluso los ofrecidos directamente por medio de Scripps Health. Nuestro personal hará todo esfuerzo razonable para obtener información de los pacientes acerca de si un seguro médico privado o público podría cubrir total o parcialmente los cargos por servicios de salud. Scripps brindará ayuda para evaluar la elegibilidad del paciente para Medi-Cal, County Medical Services (CMS), el Intercambio de Seguros de Salud de California (Covered California) o para cualquier otra cobertura de terceras partes como parte del proceso de solicitud de asistencia financiera. Antes del alta, se ofrecerá una solicitud para el programa Medi-Cal, el Programa Healty Families y otros programas de cobertura para servicios de salud financiados por el estado o condado a los pacientes que se harán cargo de pagar su propia cuenta o, si no se hospitalizará al paciente, después de la atención en urgencias u ambulatoria.
  - 3. Entre las cuentas de los pacientes por servicios de hospital que podrían ser adecuadas para recibir asistencia financiera, se encuentran las siguientes:
    - a. Pacientes no asegurados sin medios, o con solo medios económicos parciales para pagar;
    - b. Pacientes asegurados sin la posibilidad de pagar por sus responsabilidades como paciente (tales como deducibles, co-seguro o co-pago).

4. Se hace del conocimiento de los pacientes, por medio del Acuerdo por servicios en el centro hospitalario Scripps, que los servicios de hospital no incluyen aquellos servicios provistos por médicos contratistas independientes, tales como los médicos urólogos, tratantes y consultores, anesiólogos, radiólogos y patólogos.
5. El déficit de pago de cuentas se clasificará como “asistencia financiera” siempre que el hospital no reciba el reembolso completo de algún pagador de gobierno establecido para apoyar a individuos que necesitan asistencia financiera.
6. Si el hospital no puede obtener información adecuada después de haber hecho esfuerzos diligentes para determinar la capacidad de pago de cualquier paciente que haya recibido tratamiento en el departamento de urgencias, al paciente podría concedérsele el 100 por ciento de asistencia financiera solo después de que se hayan llevado a cabo los procesos de facturación y cobranza adecuados y/u otros esfuerzos para tratar de recolectar información.
7. Todos los médicos y cirujanos que prestan sus servicios al paciente (excepto los residentes en algunas de nuestras instalaciones) son contratistas independientes y facturan por separado por sus servicios profesionales. Los médicos urólogos que brindan atención médica de urgencia en un hospital que provee atención de urgencias también, por ley, deben ofrecer descuentos a pacientes no asegurados o a pacientes con altos costos médicos que están al 350 por ciento o menos del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level o FPL en inglés). Código de Salud y Seguridad Sección 127405.

## B. Proceso de evaluación para otorgar asistencia financiera

1. Scripps Health trabajará para ayudar a cualquier paciente incapaz de pagar por servicios que de manera cooperativa brinde información acerca de su capacidad de pagar. La falta de cooperación del paciente podría resultar en que el hospital se vea incapaz de dar una decisión para otorgar asistencia financiera.
2. La decisión inicial de asistencia financiera podría basarse en que el paciente dé información sobre su ingreso personal o familiar así como del tamaño de su familia, tal como se determina en las declaraciones de impuestos o últimos talones de cheque.
  - a. También podría ser necesaria la siguiente información adicional:
    - Información sobre todos los activos, tanto líquidos como no líquidos, pero sin incluir estados de cuenta de planes de jubilación o de remuneración diferida.
    - Documentos de exoneración o renuncia de responsabilidad que autoricen a Scripps a obtener información de cuentas de instituciones financieras o comerciales que tengan activos monetarios, con el fin de verificar su valor.
    - Tamaño de la familia (incluye los dependientes legalmente calificados) usado para determinar la referencia adecuada para otorgar asistencia financiera al 100 por ciento, si el ingreso se encuentra justo o por debajo de los niveles establecidos de ingresos.

- b. Si se determina que el ingreso familiar está 400 por ciento por encima del Nivel Federal de Pobreza, Scripps todavía podría considerar al paciente elegible para asistencia financiera, pero podría requerirle la siguiente información:
  - Patrimonio neto individual o familiar incluyendo los activos, tanto líquidos como no líquidos, pasivos y reclamos contra los activos.
  - Estado laboral, que se considerará con base en las probabilidades de que los ingresos futuros serán suficientes para liquidar el costo de los servicios de salud en un periodo razonable.
  - Gastos o pasivos inusuales.
  - Más información según se necesite por circunstancias especiales o según la requiera la gerencia.
3. Los primeros \$10,000 dólares de los activos monetarios del paciente, y el 50 por ciento de los activos monetarios del paciente más allá de los primeros \$10,000 dólares, no deberán considerarse para determinar si se califica para recibir asistencia financiera.
4. La decisión de otorgar asistencia financiera podría tomarse usando una herramienta calculadora automatizada.
5. Las solicitudes para recibir asistencia financiera se aceptarán cualquier día dentro de los 240 días posteriores a la fecha de servicio. Se insta a los pacientes a que presenten su información calificadora antes de los 30 días posteriores a que se les solicite para permitirle a Scripps realizar ciertos pasos esenciales en el proceso de decisión de otorgar asistencia financiera. Esto incluye:
  - a. Proveer documentación que apoye la determinación del estado financiero.
  - b. Permitir al hospital que determine si el paciente ha declarado ingresos y/o activos que le dan la capacidad de pagar por servicios de salud que ha recibido o que continuará recibiendo.
  - c. Proveer un registro de auditoría documentando el compromiso del hospital para brindar asistencia financiera.

## C. Decisión de asistencia financiera

1. Para calificar para recibir asistencia financiera ya sea por el total de la cuenta del hospital o por una parte de la cuenta del hospital, deberá cumplirse con el siguiente criterio:
  - a. El costo anticipado de los servicios que se están recibiendo no lo cubre o reembolsa Medi-Cal, Medicare o alguna otra tercera parte, y el registro documentado de los gastos médicos anuales que paga el paciente de su bolsillo, después de que el seguro pagó, excedió el 10 por ciento del ingreso familiar del paciente en los últimos 12 meses.
  - b. Los servicios son médicamente necesarios, no estrictamente electivos y/o cosméticos.
  - c. El ingreso familiar del paciente no excede el 400 por ciento del Nivel Federal de Pobreza.
2. La asistencia financiera se otorgará de manera "total o parcial" de acuerdo al Programa de Descuentos (formulario D correspondiente: Programa de Descuentos de Asistencia Financiera del Paciente). El Comité Directivo del Ciclo de Ingresos de Scripps Health revisará y actualizará el programa por lo menos una vez al año. Algunas particularidades clave de este programa son:
  - a. Para un nivel de ingresos del 200 por ciento del Nivel Federal de Pobreza o menor, se perdonará en su totalidad la parte de la cuenta del hospital que es responsabilidad plena del paciente.
  - b. Para un nivel de ingresos entre el 201 por ciento y el 400 por ciento del Nivel Federal de Pobreza, y después de que se haya emitido una decisión de elegibilidad, a la parte responsabilidad del paciente no se le cargará más que el Monto Descontado por Asistencia Financiera.

3. A los pacientes que declaren que están “destituidos” y que no están dentro de otro programa de asistencia financiera, se les otorgará el 100 por ciento de asistencia financiera.
  4. A todos los pacientes sin seguro se les ofrecerá el precio por pago en efectivo del hospital por servicios prestados. Si el ingreso del paciente excede el 400 por ciento del Nivel Federal de Pobreza, el paciente no calificará automáticamente para ninguna cancelación adicional de cargos en su cuenta por servicios de hospital. Sin embargo, podrían considerarse otros factores para determinar la elegibilidad si el paciente no puede cubrir el precio por pago en efectivo. Entre estos factores se encuentran:
    - a. La presencia de circunstancias atenuantes, tales como eventos médicos catastróficos u otras situaciones especiales. Cualquiera o todos los casos como estos requieren de aprobación especial de la gerencia. Se usará la información del patrimonio neto incluida en la Declaración de Asistencia Financiera del Paciente para evaluar estas situaciones especiales.
    - b. La existencia de una quiebra reciente relacionada declarada por el paciente o por una tercera parte que brindaba cobertura al paciente.
  5. Circunstancias bajo las cuales no se necesitan solicitudes:
    - a. A los pacientes que previamente han sido identificados como elegibles para asistencia financiera, se les podría ofrecer asistencia financiera sin repetir el proceso completo de evaluación durante un período de seis meses.
    - b. A los pacientes que califican para programas especiales, tales como Mercy Outreach Surgical Team, Missionaries of Charity, Carmelites o para el programa Fresh Start, calificarán para recibir asistencia financiera sin tener que llenar otra solicitud. Otros necesitarán aprobación del capellán del hospital o del director de servicios misionales.
  6. A los pacientes que soliciten apelar las decisiones de asistencia financiera, se les remitirá al director de atención al cliente y cobranzas o a su representante. El director de atención al cliente y cobranzas estudiará la apelación del paciente en conjunto con la oficina de gestión de casos para verificar que se están considerando las condiciones clínicas y sociales del paciente con posibles restricciones, junto con su estado financiero.
  7. Se emitirá una decisión de elegibilidad dentro de los 15 días laborales después de haber recibido toda la documentación solicitada.
  8. Al momento de la evaluación, si se llegara a decidir que el paciente ha pagado más de lo requerido, se le otorgará prontamente un reembolso de la cantidad en exceso, con intereses (10 por ciento anual).
- D. Gestión de cuentas — Los siguientes principios de práctica se ejercerán en las cuentas de los pacientes:
1. Las facturas iniciales para todos los pacientes incluirán una declaración bien visible que avise de la disponibilidad de asistencia financiera. La factura también indicará las fechas de los servicios de hospital y si se le ha facturado a una tercera parte. Además, todas las facturas para pacientes que pagarán sus propias cuentas incluirán un resumen de la Política de Asistencia Financiera de Scripps, una petición para que el paciente informe al hospital si el paciente tiene cobertura de seguro de salud, Medicare, Healthy Families, Medical u otra cobertura, más una declaración que indique cómo es que los pacientes pueden obtener solicitudes para tales coberturas y una canalización a un centro local de asistencia para consumidores dentro de oficinas de servicios legales.

2. Las facturas de los pacientes incluirán información acerca de la persona de contacto en el hospital, incluyendo su dirección y teléfono al cual podrán llamar los pacientes cuando tengan preguntas acerca de su factura. Las preguntas de los pacientes relacionadas a las facturas se responderán prontamente por teléfono o por escrito, y a los pacientes que pagarán sus propias cuentas se les informará de la Política de Asistencia Financiera de Scripps en todas las comunicaciones verbales respecto a su factura.
  3. Toda actividad de cobranza se fundamentará en procedimientos escritos a los que se apegan tanto el personal de cobranzas de Scripps como el personal de agencias de cobranza externas. Las cobranzas se realizarán de manera consistente con fundamento en dichos procedimientos.
  4. Las cuentas que se estén evaluando para asistencia financiera no se turnarán a una agencia de cobranzas interna o externa hasta que se haya concluido la evaluación de asistencia financiera o hasta que el paciente deje de cooperar para continuar con su proceso de solicitud de asistencia financiera sin que exceda 30 días.
  5. Scripps o una agencia de cobranzas externa no deberá imponer embargos a salarios, gravámenes a residencias principales ni realizar otras actividades de cobranza extraordinarias dentro de los primeros 120 días posteriores a la primera factura, o como forma de recolectar pagos de individuos que se ha decidido que son elegibles para recibir asistencia financiera.
  6. La diferencia entre los cargos totales y el precio por pago en efectivo establecido se clasificará como asistencia financiera (atención de caridad). Además, cualquier parte no recolectada del monto del precio por pago en efectivo establecido también se clasificará como asistencia financiera (atención de caridad).
- E. Los planes de pago extendidos sin cargos por intereses se ofrecerán a los pacientes que califiquen para asistencia financiera parcial. Se negociarán términos de pago razonables entre Scripps y el paciente para permitirle al paciente pagar en plazos la cantidad descontada.
1. El ingreso familiar del paciente y los gastos esenciales para vivir se tomarán en consideración al negociar los términos del plan de pago.
  2. Si Scripps y el paciente no llegaran a estar de acuerdo en los términos del plan de pago, Scripps establecerá un plan de pago con mensualidades que no sean mayores que el 10% del ingreso mensual familiar del paciente, excluyendo deducciones para los Gastos Esenciales Para Vivir.
  3. Un pago negociado solo se considerará incumplido si no se recibe en 90 días un pago programado.
  4. Se harán intentos por contactar al paciente tanto por teléfono como por escrito al último número de teléfono y domicilio conocidos del paciente antes de que el plan de pago se declare revocado. Política de Atención de Caridad Al paciente se le dará la oportunidad de renegociar el plan de pago y se hará un intento por renegociar el plan de pago si lo solicita el paciente.

---

## Anexos

### Anexo A: Glosario de términos de Servicios de Asistencia Financiera del Paciente

**Atención de caridad (Charity Care):** Es la porción de la atención que brinda un hospital a un paciente por la cual una tercera parte no es responsable y que el paciente es incapaz de pagar, y por la cual el hospital no espera recibir pago.



**Monto descontado por asistencia financiera (Discounted Financial Assistance Amount):** Este monto representa la cantidad que generalmente se factura (amount generally billed o AGB) tal como la definen los requisitos del Internal Revenue Service (IRS). Scripps usa este método prospectivo para determinar la cantidad que generalmente se factura y calcula la cantidad que pagaría Medicare, incluyendo los montos que pagaría el beneficiario de Medicare. Después de la decisión de elegibilidad, este monto representa el máximo que se le requeriría pagar a un paciente calificado.

**Ingreso disponible (Disposable Income):** Es el ingreso que sobra después de haber pagado los impuestos de ley, seguros y las necesidades básicas, tales como alimentos, ropa y techo.

**Gastos esenciales para vivir (Essential Living Expenses):** Por motivos de establecer un plan de pago razonable, “gastos esenciales para vivir” se define en el Código de Salud y Seguridad de California sección 127400(i) para que incluya el alquiler o pago de la casa y mantenimiento, comida y suministros para el hogar, servicios y teléfono, ropa, gastos médicos y dentales, seguro, gastos de escuela y cuidado de niños, manutención para hijos o cónyuge, transportación y gastos de automóvil incluyendo seguro, gasolina y reparaciones, abonos para la adquisición del vehículo, lavandería y aseo, y otros gastos extraordinarios.

**Precio por pago en efectivo establecido (Established Cash Price):** Es el monto que se espera que se pague después de haberse aplicado un descuento a las tarifas completas por servicios. Esta cantidad se ofrece a los pacientes que no tienen seguro y que califican bajo la política de pago descontado del hospital, pero que no se han determinado elegibles para recibir asistencia financiera. A los pacientes que se decide elegibles para recibir asistencia financiera, no se les requerirá que paguen más de la cantidad descontada por asistencia financiera.

**Actividades de cobranza extraordinarias (Extraordinary Collection Activities):** Son aquellas que requieren un proceso legal o judicial, o que involucran la venta de la deuda de un individuo a otra parte o el reporte de información adversa acerca del individuo a agencias que informan del historial crediticio de los consumidores.

**Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level o FPL):** Es el lineamiento más reciente que define lo que es pobreza, mismo que periódicamente adopta el Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos para determinar la elegibilidad financiera para participar en varios programas, y que se basa en el tamaño de la familia según corresponda en California.

**Desamparo (Homelessness\*):** Una persona está desamparada si:

- Vive en sitios que no están diseñados para que lo habiten los humanos, tales como las calles, autos, edificios abandonados y parques.
- Vive en un albergue de emergencia.
- Vive en una vivienda de transición o de apoyo (para personas que vienen de las calles o albergues).
- Vive en cualquiera de los sitios ya mencionados, pero está en un hospital o institución por un corto plazo (30 días o menos).
- Antes de una semana se le exige que desaloje una vivienda privada.
- Antes de una semana se le da de alta de una institución que no provee vivienda como parte del plan de alta.
- Es víctima de violencia intrafamiliar y no tiene un lugar seguro donde vivir.
- No ha identificado un lugar de residencia subsecuente, y no tiene los recursos y redes de apoyo para obtener una vivienda.

**Paciente (Patient):** Por motivos de esta política, el término paciente se refiere al individuo que busca servicios o al individuo responsable financieramente por servicios prestados. Scripps define al garante como el paciente a menos de que esté mentalmente incapacitado o sea menor de edad.

**Paciente que pagará sus propias cuentas (Self-Pay Patient):** Un paciente que cumple con el siguiente criterio:

- No tiene seguro ofrecido por una tercera parte
- No tiene Medi-Cal
- No tiene una lesión que califique para que la cubra el seguro de indemnización de los trabajadores (Workers Compensation), un seguro de automóvil u otro seguro tal como lo determina y documenta el hospital

**Cargos totales (Total Charges):** Los cargos totales se calculan a la tasa de las tarifas completas establecidas por el hospital para proveerle atención al paciente.

---

Fuente: Oficinas de gobierno de HUD [http://file.lacounty.gov/dmh/cms1\\_159795.pdf](http://file.lacounty.gov/dmh/cms1_159795.pdf)