

PROPÓSITO

El Sistema de Salud de UCLA (UCLA Health System) se esfuerza por proporcionar atención de calidad a los pacientes y elevados estándares para las comunidades a las que prestamos nuestros servicios. Esta política demuestra el compromiso de UCLA Health con nuestra misión y visión al ayudar a satisfacer las necesidades de los pacientes sin seguro y con seguro insuficiente que tienen bajos ingresos en nuestra comunidad. Esta política no está concebida para anular ni alterar ninguna provisión contractual ni tarifas negociadas por y entre UCLA Health y un pagador tercero, ni tiene por objeto proporcionar descuentos a un pagador tercero no contratado u otras entidades que sean responsables legalmente de realizar un pago en nombre de un beneficiario, persona cubierta o persona con seguro

Esta Política de asistencia financiera está concebida para cumplir con la Sección 501(r) del Código de Ingresos Fiscales (Internal Revenue Code, IRC) según se promulgó por la Ley de atención médica asequible (Affordable Care Act), y los reglamentos de aplicación, vigentes para los años fiscales a partir del 29 de diciembre de 2015, así como la Sección 127400 *et seq.* del Código de Salud y Seguridad (Health & Safety Code) de California (AB 774), las Políticas de precios justos del hospital, vigentes el 1 de enero de 2007, las Políticas de precios justos de médicos de emergencias, vigentes el 1 de enero de 2011, y la guía del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, DHHS) de la Oficina del Inspector General (Office of Inspector General, OIG) acerca de la asistencia financiera a pacientes sin seguro y con seguro insuficiente. Esta política establece los criterios de elegibilidad financiera para determinar qué pacientes cumplen los requisitos para recibir Asistencia financiera, incluida la Atención caritativa parcial y completa. Los criterios de elegibilidad financiera estipulados en esta política se basan primordialmente en las directrices del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL) actualizadas periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. A los pacientes sin seguro que no cumplen los criterios para recibir Asistencia financiera en virtud de esta política se les podría derivar a la Política de descuento por pago en efectivo de UCLA Health. La información con respecto a los precios en efectivo puede encontrarse en el sitio web de UCLA Health en <https://www.uclahealth.org/cash-pricing>. Además, esta Política de asistencia financiera establece los procedimientos para identificar y atender a los pacientes que podrían cumplir los requisitos para recibir Asistencia financiera, el método por el cual los pacientes podrían solicitar la Asistencia financiera, los procedimientos por los cuales los Hospitales podrían usar otra información proporcionada por un tercero para determinar presuntamente la elegibilidad para recibir Asistencia financiera, la base para determinar las cantidades que se cobrarán a los pacientes que reúnen los requisitos para recibir Asistencia financiera en virtud de la política y las medidas que los Hospitales podrían tomar en caso de que no se realice algún pago.

ALCANCE

Esta Política de asistencia financiera aplica al Centro Médico Ronald Reagan de UCLA, Centro Médico y Hospital Ortopédico de UCLA en Santa Mónica y Hospital Neuropsiquiátrico Resnick en UCLA (cada uno denominado como un “Hospital” y colectivamente como los “Hospitales”), y las clínicas hospitalarias para pacientes ambulatorios con licencia de cada Hospital. La política no aplica a los Departamentos, profesores y otros profesionales clínicos en el Grupo de ejercicio de la medicina del profesorado de UCLA. La Política de asistencia financiera del Grupo de ejercicio de la medicina del profesorado de UCLA está disponible en <http://fpg.uclahealth.org/pnp-G105>.

CONTEXTO

- I. Esta Política de asistencia financiera aplica a los servicios prestados en los departamentos de

pacientes hospitalizados y ambulatorios del Hospital y facturados por los Hospitales. Esta no aplica a los servicios profesionales prestados por los médicos en los departamentos de pacientes hospitalizados, ambulatorios y de emergencias del Hospital. Se estipula en el Anexo A una lista completa de los Departamentos del Grupo de ejercicio de la medicina del profesorado de UCLA y otros grupos de médicos que proporcionan atención de emergencia y otros servicios profesionales necesarios desde el punto de vista médico en los Hospitales, y si estos Departamentos o grupos están cubiertos por esta Política, la cual podría actualizarse al menos trimestralmente por el Departamento del Ciclo de Ingresos de UCLA Health y por el Grupo de ejercicio de la medicina del profesorado de UCLA. La asistencia financiera o los descuentos por servicios profesionales que proporcionan los médicos en el Departamento de Emergencias en el Centro Médico y Hospital Ortopédico de UCLA en Santa Mónica pueden solicitarse directamente del grupo de los médicos de emergencia en la información de contacto estipulada en el Anexo A.

DEFINICIONES

- I. **"Deuda incobrable"**: Una deuda incobrable es la que resulta de servicios prestados a un paciente que el Hospital determina, tras un esfuerzo razonable de recaudación, que está en condiciones de pagar la totalidad o parte de la factura, pero no está dispuesto a hacerlo.
- II. **"Atención caritativa"**: Se refiere a una exención completa o parcial de la obligación financiera de un paciente por atención de emergencia u otra atención necesaria desde el punto de vista médico prestada y facturada por los Hospitales.
- III. **"Paciente de atención caritativa"**: Un paciente de atención caritativa es un paciente que paga por cuenta propia o un paciente con altos costos médicos que reúne los requisitos financieros de esta categoría.
- IV. **"Cuadro clínico de emergencia"**: Se define como un cuadro clínico que se manifiesta mediante síntomas agudos de suficiente gravedad, incluido dolor intenso, tal que, en ausencia de atención médica inmediata, podría esperarse de forma razonable que daría lugar a algo de lo siguiente:
 - A. Poner la salud del paciente en grave peligro;
 - B. Grave afectación de las funciones corporales; y
 - C. Disfunciones graves de cualquier órgano o parte del cuerpo.En lo que respecta a una mujer embarazada que está teniendo contracciones, el cuadro clínico de emergencia se refiere a que hay un tiempo inadecuado para realizar un traslado seguro a otro hospital para el parto, o que ese traslado podría suponer una amenaza a la salud o a la seguridad de la mujer o del bebé en gestación.
- V. **"Medida extraordinaria de recaudación (Extraordinary Collection Action, ECA)"**: Una lista de actividades de recaudación, definidas por el IRS y el Tesoro (Treasury), que los Hospitales podrían emprender únicamente contra una persona (u otra persona responsable del pago por la atención del paciente), para obtener pago por la atención después de que se hayan hecho esfuerzos razonables para determinar si la persona reúne los requisitos para recibir asistencia financiera. Según el IRC 1.501(r)-6 y el Reglamento del Tesoro 1.501(r)-6(b)(1), ciertas ventas de la deuda del paciente a otra parte se consideran una ECA. Las siguientes medidas tomadas por un Hospital también se consideran ECA:
 - A. Embargar la residencia principal de una persona;
 - B. Ejecutar la hipoteca sobre un bien inmueble;
 - C. Embargar o incautar una cuenta bancaria u otra propiedad personal de una persona;
 - D. Iniciar una demanda civil contra una persona o una orden de detención por desacato civil;
 - E. Provocar la detención de una persona;
 - F. Retener parte del sueldo;
 - G. Notificar información desfavorable a una agencia de informes de crédito;

- H. Diferir o denegar atención necesaria desde el punto de vista médico por falta de pago de una factura por atención proporcionada anteriormente cubierta en virtud de la Política de asistencia financiera de UCLA; y
 - I. Exigir un pago antes de proporcionar atención necesaria desde el punto de vista médico a causa de facturas pendientes por atención previamente proporcionada.
- VI. **“Nivel federal de pobreza (FPL)”**: Directrices de pobreza en función de los ingresos y el tamaño de la familia según se actualizan periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., publicadas en <http://aspe.hhs.gov/poverty>.
- VII. **“Asistencia financiera”**: Incluye tanto la Atención caritativa total (descuento del 100%) y descuentos de Atención caritativa parcial.
- VIII. **"Cumplir los requisitos financieramente"**: Un paciente que cumple los requisitos financieramente se define como cualquier paciente con ingresos de la familia del paciente al o por debajo del 350% del nivel federal de pobreza, que incluyen, entre otros, los siguientes:
- A. Un paciente que paga por cuenta propia;
 - B. Un paciente con altos costos médicos; o
 - C. Un paciente que tiene seguro con cargos que no están cubiertos.
- IX. **"Paciente con altos costos médicos"**: Un paciente que:
- A. No paga por cuenta propia; y
 - B. Tiene gastos médicos que paga de su bolsillo en los doce (12) meses anteriores (independientemente de que se produjeran dentro o fuera de cualquier Hospital) que excedan el 10% de los ingresos de la familia del paciente.
- X. **"Atención necesaria desde el punto de vista médico"**: Un servicio o tratamiento que es necesario para tratar o diagnosticar a un paciente, y cuya omisión podría afectar de manera adversa la afección, enfermedad o lesión del paciente, y que no se considera una cirugía o tratamiento cosmético.
- XI. **"Familia del paciente" o "Familia"**: Para las personas de 18 años de edad y mayores, la familia de un paciente se refiere al cónyuge, pareja doméstica e hijos dependientes menores de 21 años, independientemente de que vivan en casa o no. Para las personas menores de 18 años, la familia de un paciente se refiere a un padre/madre, parientes cuidadores y otros hijos menores de 21 años del padre/madre o pariente cuidador.
- XII. **"Plan de pago razonable"**: Pagos mensuales que no sean superiores al 10 por ciento de los ingresos de la familia del paciente para un mes, excluyendo las deducciones para gastos de manutención esenciales. Los “gastos de manutención esenciales” para fines de esta Política son los gastos en concepto de lo siguiente:
- A. Alquiler o pago y mantenimiento de la casa;
 - B. Alimentos y artículos para el hogar;
 - C. Servicios públicos y teléfono;
 - D. Ropa;
 - E. Pagos médicos y dentales;
 - F. Seguro;
 - G. Escuela o cuidado infantil;
 - H. Manutención de hijos o pensión alimenticia a cónyuges;
 - I. Gastos de transporte y automóvil, incluidos seguro, gasolina y reparaciones;
 - J. Pagos a plazos;
 - K. Lavandería y limpieza; y
 - L. Otros gastos extraordinarios.
- XIII. **"Paciente de pago por cuenta propia"**: Un paciente que no tiene:
- A. Cobertura de un tercero de una compañía de seguro médico, plan de servicio de atención médica o Medicare;
 - B. Cobertura de Medi-Cal para la atención de emergencia u otra atención necesaria desde el

punto de vista médico que se preste, que podría incluir a pacientes que reúnen los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal, pero que Medi-Cal no cubre todos los servicios prestados o la hospitalización en su totalidad;¹

- C. Una lesión indemnizable para fines de programas de gobierno, compensación para trabajadores, seguro de automóvil, otro seguro o responsabilidad de terceros según lo determine y documente el Hospital.

Los pacientes de pago por cuenta propia podrían incluir a los pacientes que reciben Atención caritativa.

- XIV. **“Población significativa con conocimientos limitados del inglés (LEP)”**: Lo que sea menos de 1,000 personas o el 5 por ciento de la comunidad a la que los Hospitales prestan sus servicios o la población que probablemente se vea afectada o encontrada por los Hospitales y que tiene conocimientos limitados del inglés, según lo determinan los Hospitales usando algún método razonable.

POLÍTICA

- II. Los Hospitales proporcionarán Asistencia financiera a cualquier paciente que reúna los requisitos financieramente que viva en el área de servicio principal de UCLA Health y que cumpla los demás criterios de elegibilidad estipulados en esta Política de asistencia financiera. Los Hospitales ayudarán a los pacientes a procurar asistencia de otros programas disponibles, incluido el Programa de Seguro Médico para Niños (Children’s Health Insurance Program, CHIP) de California financiado con fondos federales y estatales, programas del condado o programas de subvenciones, dependiendo de sus circunstancias específicas. Los pacientes que no reúnen los requisitos para recibir asistencia de otro programa podrían reunir los requisitos para recibir Asistencia financiera de los Hospitales. Consistente con la misión de los Hospitales, los Hospitales se esfuerzan para poner a la disposición atención de emergencia y necesaria desde el punto de vista médico a todos los pacientes, independientemente de sus circunstancias financieras. A todos los pacientes, sin importar su habilidad para pagar, se les tratará de manera justa y con respeto antes, durante y después de la prestación de atención médica.
- III. Los Hospitales prestarán servicios de emergencia a todas las personas basándose exclusivamente en la necesidad médica de la persona de conformidad con la Ley de Trabajo Activo y Tratamiento Médico de Emergencia (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA) federal y la ley de California. No habrá demora en la prestación de exámenes médicos y servicios de estabilización para indagar acerca de la situación de seguro o método de pago de una persona.
- IV. Los pacientes u otras personas responsables del pago en nombre de los pacientes que demuestren necesidad financiera podrían reunir los requisitos para recibir Asistencia financiera si completan una solicitud y cumplen los requisitos de elegibilidad para un descuento total (100%) o parcial de Atención caritativa, según se define en los Procedimientos de elegibilidad a continuación. Se podría determinar que los pacientes que no completen una solicitud reúnen los requisitos presuntamente para recibir Asistencia financiera usando información proporcionada por fuentes distintas del paciente u otra persona que procure asistencia financiera en ciertas circunstancias, según lo estipulado en los procedimientos de Presunta elegibilidad a continuación. Un paciente, que se determine presuntamente que reúne los requisitos para recibir Asistencia financiera, reunirá los requisitos para recibir el descuento más generoso disponible, un descuento total (100%) de Atención caritativa. Podría denegarse la Asistencia financiera cuando el paciente u otra parte responsable no cumpla los requisitos de esta Política de asistencia financiera.
- V. La información acerca de la Política de asistencia financiera será publicada ampliamente, inclusive en el sitio web de cada Hospital. Se pondrán carteles a la vista avisando a los pacientes o a otras personas responsables del pago de la atención médica que los Hospitales ofrecen Asistencia financiera en el Departamento de emergencias, áreas de registro y departamentos para pacientes ambulatorios así como clínicas con licencia de los Hospitales. Se ofrecerá un resumen en lenguaje sencillo de la Política de asistencia financiera a posibles pacientes que reúnan los requisitos u otras personas responsables del pago durante el proceso de registro o del alta, y durante el proceso de facturación y recaudación. Esta información se proporcionará en inglés y en español, así como en

cualquier otro idioma que hable una población significativa con conocimientos limitados del inglés (LEP) y se traducirá para los pacientes u otras personas que hablan otros idiomas.

- VI. Los Hospitales no eximirán del pago del coseguro, copago o cantidades deducibles de manera rutinaria. En circunstancias excepcionales, en base a cada caso individual, después de una determinación de buena fe de necesidad financiera, usando los criterios de selección y solicitud estipulados en esta Política de asistencia financiera, o según lo permita la ley de otra forma, un Hospital podría eximir del pago del coseguro, copago o cantidades deducibles de un paciente. Esta política y los criterios de selección financieros se aplicarán consistentemente a todos los casos en los Hospitales.
- VII. Esta política no aplica a los servicios que no se consideran Atención necesaria desde el punto de vista médico, o a los servicios profesionales de profesionales no médicos y médicos que se facturan por separado.
- VIII. Esta Política de asistencia financiera depende de la cooperación de los solicitantes individuales al presentar de manera precisa y oportuna la información de selección financiera estipulada en los procedimientos a continuación. La falsificación de información acerca de la elegibilidad financiera podría resultar en la denegación de una solicitud para recibir Asistencia financiera. Los Hospitales podrían requerir que un paciente u otra parte responsable haga los esfuerzos razonables para solicitar y recibir asistencia subvencionada por el gobierno para la que podrían cumplir los requisitos como condición para recibir Asistencia financiera en virtud de esta política.

COMUNICACIÓN DE POLÍTICAS DE ATENCIÓN Y DESCUENTO CARITATIVOS

Responsabilidad: Ingresos, Departamento de emergencias, Centros hospitalarios para pacientes ambulatorios, Servicios Financieros de los Pacientes, Servicios Comerciales de los Pacientes

- I. Esta Política de asistencia financiera, solicitud y resumen en lenguaje sencillo se publicarán ampliamente y podrían obtenerse, cuando así se soliciten y sin cargo alguno, del mostrador principal de ingresos en cada Hospital, del mostrador de ingresos en el Departamento de emergencias en cada Hospital, en el sitio web de los Hospitales <https://www.uclahealth.org/billing>, enviando una solicitud por correo postal a: Patient Business Services Department, 10920 Wilshire Blvd., Suite 1600, Los Angeles, CA 90024 y llamando al Departamento de Servicios Comerciales de los Pacientes al (310) 825-8021. La Política de asistencia financiera, solicitud y resumen en lenguaje sencillo estarán disponibles en inglés, en español y en cualquier otro idioma que hable una población significativa con conocimientos limitados del inglés (LEP).
- II. El resumen en lenguaje sencillo de la Política de asistencia financiera se ofrecerá a los pacientes como parte del proceso de ingreso, al momento del servicio, o durante el proceso del alta. El resumen en lenguaje sencillo de la Política de asistencia financiera de los Hospitales se ofrecerá a los pacientes que no parece que tengan cobertura de terceros, en el Departamento de ingresos, en el Departamento de emergencias y en otros centros hospitalarios para pacientes ambulatorios.
- III. A los pacientes se les proporcionará un aviso escrito claro con su factura, que contiene información con respecto a la Política de asistencia financiera del Hospital, incluida información sobre la elegibilidad, así como el número de teléfono de un empleado u oficina del hospital dónde el paciente podría obtener información adicional acerca de esta Política y la dirección directa del sitio web (o URL) dónde podrían obtenerse copias de la Política de asistencia financiera, formulario de solicitud y resumen en lenguaje sencillo.
- IV. Los departamentos de Servicios Comerciales de los Pacientes y de Servicios de Acceso de los Pacientes de UCLA Health publicarán las políticas y capacitarán al personal con respecto a la disponibilidad de los procedimientos relacionados con la Asistencia financiera de los pacientes.
- V. Un aviso de la Política de asistencia financiera de los Hospitales se colocará en lugares visibles por cada uno de los Hospitales, incluido el Departamento de emergencias, las Oficinas de ingresos, los centros para pacientes ambulatorios y el Departamento de Servicios Comerciales de

los Pacientes, así como en las clínicas con licencia de los Hospitales, en inglés y en español, así como en cualquier otro idioma que hable una población significativa con conocimientos limitados del inglés (LEP).

VI. Ver la Sección XII(A), Prácticas de facturación y recaudación de pacientes.

PROCEDIMIENTOS DE ELEGIBILIDAD

Responsabilidad: Ingresos/Registro, Departamento de emergencias, Centros hospitalarios para pacientes ambulatorios, Áreas de registro auxiliares, Clínicas, Servicios Comerciales de los Pacientes

- I. Se hará todo lo posible por evaluar a todos los pacientes identificados como sin seguro o en necesidad de Asistencia financiera para ingresos y visitas a salas de emergencias y centros para pacientes ambulatorios, a fin de determinar su elegibilidad para recibir Asistencia financiera del Hospital o de otros programas de asistencia a la disposición. La información financiera de los pacientes evaluados se supervisará según sea pertinente. A los pacientes evaluados se les prestará asistencia para determinar la elegibilidad del paciente para recibir beneficios de Medi-Cal o cualquier otra cobertura de terceros.
- II. A los pacientes sin cobertura de terceros se les hará una evaluación financiera para determinar la elegibilidad para programas gubernamentales estatales y federales, así como para recibir fondos de Atención caritativa en el momento de proporcionárseles el servicio o lo más cerca posible de dicho momento. Si el paciente no indica cobertura por un pagador tercero, ni solicita un precio con descuento o Atención caritativa, al paciente deberá dársele información sobre cómo obtener una solicitud para el programa de Medi-Cal, los Servicios Infantiles de California (California Children's Services, CCS) o un programa gubernamental financiado por el estado, antes de que el paciente salga del hospital, del departamento de emergencias o de otro centro para pacientes ambulatorios.
- III. A los pacientes con altos costos médicos con cobertura de terceros los evaluará un asesor financiero en el Departamento de Ingresos o de Servicios Financieros de los Pacientes para determinar si cumplen los requisitos como Paciente con altos costos médicos. Una vez que el paciente solicite Asistencia financiera, a este se le informará acerca de los criterios para cumplir los requisitos como Paciente con altos costos médicos y sobre la necesidad de proporcionar recibos si reclama servicios prestados por otros proveedores en los últimos doce meses. Es la decisión del paciente si cree que podría reunir los requisitos para Asistencia financiera y desea solicitarla. Sin embargo, el Hospital debe asegurarse de que al paciente se le proporcionó toda la información pertinente a la Política de asistencia financiera.
- IV. Todos los pacientes que posiblemente reúnan los requisitos deben solicitar cualquier asistencia disponible a través de programas del estado, del condado y de otros programas, antes de recibir Asistencia financiera del Hospital. Si se deniegan las solicitudes para otros programas de asistencia, UCLA Health debe recibir una copia de la denegación. El incumplimiento con el proceso de solicitud o no proporcionar documentos requeridos podría causar que UCLA Health no pueda proporcionar Asistencia financiera.
- V. El formulario de solicitud de Información financiera del paciente (ver el Anexo B) se utiliza para determinar la capacidad del paciente para pagar por servicios en el Hospital o para determinar la posible elegibilidad de un paciente para recibir asistencia pública. La solicitud de Asistencia financiera de los pacientes especifica la documentación adicional que debe proporcionarse junto con la solicitud.
- VI. A todos los pacientes sin seguro se les dará la oportunidad de completar una solicitud de Asistencia financiera de los pacientes. El formulario está disponible en inglés, en español y en cualquier otro idioma que hable una población significativa con conocimientos limitados del inglés (LEP).
- VII. La evaluación financiera y la comprobación de medios para recibir la Atención caritativa estarán a cargo de asesores financieros del Departamento de Ingresos y de representantes de Atención al cliente en el Departamento de Servicios Comerciales de los Pacientes. Es la responsabilidad del paciente cooperar con el proceso de recopilación de información.

VIII. La información específica del paciente se proporcionará al condado y al Estado de conformidad con las directrices del condado y estatales para las determinaciones de elegibilidad para los programas de asistencia del condado y del Estado.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA ATENCIÓN CARITATIVA DEL 100%

- A. Los pacientes que pagan por cuenta propia con ingresos de la familia del paciente iguales o por debajo del 200% del FPL, y que viven en el área de servicio principal del Hospital, según se define en el Apéndice 1 podrían reunir los requisitos para un descuento de Atención caritativa del 100% en los servicios prestados y facturados por el Hospital para atención de emergencia y atención necesaria desde el punto de vista médico.
- B. A los pacientes con altos costos médicos con ingresos de la familia del paciente iguales o por debajo del 200% del FPL, y que viven en el área de servicio principal del Hospital, según se define en el Apéndice 1, se les dará un descuento de Atención caritativa del 100% en los servicios prestados y facturados por el Hospital para atención de emergencia y atención necesaria desde el punto de vista médico.
- C. La solicitud de Asistencia financiera del paciente deberá completarse para todos los pacientes que soliciten Asistencia financiera y deberá recopilarse la documentación justificante descrita en la solicitud.
- D. El comprobante de medios que consta de una revisión de los ingresos y activos del paciente se completará según lo estipulado en la Sección del “Proceso de revisión” a continuación.
- E. A los pacientes con altos costos médicos se les evaluará mensualmente para la determinación de elegibilidad, y su estado será válido para el mes actual o el mes de servicios más recientes retroactivo a doce meses de servicio.
- F. El Director del Ciclo de ingresos o el Director financiero podrían, bajo circunstancias inusuales, dar un descuento total de Atención caritativa a personas que no reunirían los requisitos de otra forma para Atención caritativa en virtud de esta política. Cuando se realiza una concesión, las circunstancias inusuales que justifican la concesión de Atención caritativa se documentarán por escrito y se mantendrán en un archivo segregado en el Departamento de Servicios Comerciales de los Pacientes.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL DESCUENTO PARCIAL DE ATENCIÓN CARITATIVA PARA PACIENTES SIN COBERTURA DE TERCEROS

- G. Los pacientes que pagan por cuenta propia con ingresos de la familia del paciente entre el 201% y el 350% del FPL, y que viven en el área de servicio principal del Hospital, según se define en el Apéndice 1 podrían reunir los requisitos para un descuento parcial de Atención caritativa en los servicios prestados y facturados por el Hospital para atención de emergencia y atención necesaria desde el punto de vista médico. Los pacientes con altos costos médicos también podrían reunir los requisitos para un descuento parcial de Atención caritativa según se estipula en la sección a continuación.
- H. La solicitud de Asistencia financiera del paciente deberá completarse para todos los pacientes que soliciten Asistencia financiera y deberá recopilarse la documentación justificante descrita en la solicitud.
- I. El comprobante de medios que consta de una revisión de los ingresos y activos del paciente se completará según lo estipulado en la Sección del “Proceso de revisión” a continuación.

ELEGIBILIDAD PARA EL DESCUENTO PARCIAL DE ATENCIÓN CARITATIVA PARA PACIENTES CON ALTOS COSTOS MÉDICOS CON COBERTURA DE TERCEROS

- I. Los pacientes con altos costos médicos con ingresos de la familia del paciente entre el 201% y el 350% del FPL reúnen los requisitos para un descuento parcial de Atención caritativa para atención de emergencia y atención necesaria desde el punto de vista médico si viven en el área de servicio principal del Hospital, según se define en el Anexo 1.
- II. Al paciente se le requiere proporcionar comprobante del pago de los costos médicos. El comprobante del pago podría verificarse.
- III. La solicitud de Asistencia financiera del paciente deberá completarse para todos los pacientes que soliciten Asistencia financiera y deberá recopilarse la documentación justificante descrita en la solicitud.
- IV. El comprobante de medios que consta de una revisión de los ingresos y activos del paciente se completará según lo estipulado en la Sección del “Proceso de revisión” a continuación.
- V. A los pacientes con altos costos médicos se les evaluará mensualmente para rendir cuentas precisas de los costos médicos de los últimos doce (12) meses.
- VI. Si un pagador tercero no contratado (que no haya negociado de ninguna otra forma un descuento de las tarifas normales de UCLA Health) ha pagado una cantidad equivalente a o mayor que la cantidad que Medicare permitiría por el servicio, según lo determine el Hospital y según se describe en la Sección del “Proceso de revisión” a continuación, UCLA Health trataría la diferencia entre la cantidad pagada por el pagador tercero y los cargos normales de UCLA por ese servicio como un descuento de Atención caritativa, y condonaría esa cantidad como Atención caritativa, si el paciente reúne los requisitos para Atención caritativa bajo esta Política. Si el pago del pagador tercero no contratado es menor que la cantidad permitida de Medicare por el servicio, UCLA Health puede recaudar del paciente la diferencia entre el pago del tercero y la cantidad permitida de Medicare si el paciente no reúne los requisitos para Atención caritativa bajo esta Política. Si el paciente reúne los requisitos para Atención caritativa bajo esta Política, UCLA Health tratará la diferencia entre el pago del tercero y la cantidad permitida de Medicare como descuento de Atención caritativa, y condonará esa cantidad como Atención caritativa.
- VII. Esta política no anula ni altera ninguna disposición contractual ni tarifas negociadas por y entre un Hospital y un pagador tercero, y no proporcionará descuentos a un pagador tercero no contratado ni a otras entidades que sean legalmente responsables de hacer pagos en nombre de un beneficiario, persona cubierta o paciente con seguro.
- VIII. A los pacientes puede brindárseles un Plan de pagos razonable. Los términos del plan de pagos pueden negociarse entre el Hospital y el paciente. Los planes de pagos razonables serán sin intereses. La duración del plan de pagos normal será de doce (12) meses. Pueden proporcionarse planes de pagos a más largo plazo de forma excepcional.
- IX. Para los pacientes sin cobertura de terceros, cuyos ingresos son superiores al 350% del FPL, por favor consulten la Política de descuento en efectivo. Puede encontrarse la información con respecto a los precios en efectivo en el sitio web de UCLA Health en <https://www.uclahealth.org/cash-pricing>.

PRESUNTA ELEGIBILIDAD

UCLA Health entiende que es posible que ciertos pacientes no puedan completar una solicitud de Asistencia financiera, cumplir los requisitos de documentación o que no son de otra forma conscientes del proceso de solicitud. Como consecuencia, es posible que haya circunstancias bajo las cuales la

elegibilidad de un paciente para Asistencia financiera podría establecerse sin completar la solicitud formal de asistencia. En virtud de estas circunstancias, UCLA Health podría utilizar otras fuentes de información para hacer una evaluación individual de necesidad financiera para determinar si la persona reúne los requisitos para recibir Asistencia financiera. Esta información permitirá a UCLA Health tomar una decisión con conocimiento de causa sobre la necesidad financiera de los pacientes que no sean conscientes, utilizando las mejores aproximaciones disponibles en ausencia de la información proporcionada directamente por el paciente. En particular, la presunta elegibilidad para Asistencia financiera podría determinarse en función de las circunstancias individuales de vida que podrían incluir las siguientes:

- Carencia de hogar o recibir atención de una clínica para personas que no tienen hogar;
- Participación en programas para mujeres, bebés y niños pequeños (Women, Infants and Children, WIC);
- Elegibilidad para recibir estampillas de comida;
- Elegibilidad para programas de almuerzos escolares;
- Vivir en viviendas de bajos ingresos o subvencionadas;
- El paciente ha fallecido sin bienes.

UCLA Health podría utilizar un tercero para llevar a cabo un análisis electrónico de la información del paciente para evaluar la necesidad financiera. La ayuda otorgada usando este método se identificará como presunta Asistencia financiera.

Este análisis utiliza un modelo predictivo reconocido por la industria de atención médica que se basa en bases de datos de expedientes públicos. La tecnología electrónica basada en la regla del modelo está calibrada según las aprobaciones históricas para asistencia financiera bajo el proceso de solicitud general y está diseñada para corresponder estadísticamente a la política de los Hospitales.

El modelo considera varios criterios de decisión diseñados para evaluar a cada paciente según las mismas normas que se definen en esta política. Esto garantiza que UCLA Health otorgue asistencia solo a pacientes con características semejantes a las de los pacientes que hayan cumplido los requisitos basados en los criterios definidos en esta política. Este modelo predictivo calcula una calificación de capacidad socioeconómica y financiera que incluye cálculos aproximados para ingresos, bienes y liquidez. Los datos resultado de esta evaluación de elegibilidad electrónica constituirán documentación adecuada de necesidad financiera en virtud de esta política.

La tecnología electrónica se empleará antes de una asignación de deuda incobrable después de que se hayan agotado todas las demás fuentes de elegibilidad y de pago. Cuando se usa esta inscripción electrónica como la base para la presunta elegibilidad, el descuento más generoso, un descuento total del 100% de Asistencia caritativa se otorgará para cualquier atención de emergencia o atención necesaria desde el punto de vista médico para fechas de servicio retroactivas. Cualquier saldo adeudado restante se condonará y se reembolsarán las cantidades pagadas previamente por el paciente. Esta decisión no constituirá una situación de asistencia continua como la que está disponible a través del proceso de solicitud tradicional.

Si un paciente no cumple los requisitos para recibir Asistencia financiera en virtud de los procedimientos de presunta elegibilidad descritos anteriormente, el paciente puede todavía proporcionar la información requerida y ser considerado en virtud del proceso de elegibilidad y solicitud de Asistencia financiera estipulado anteriormente.

PROCESO DE REVISIÓN

Responsabilidad: Ingresos/Registro y Servicios Comerciales de los Pacientes

- I. Los Criterios de elegibilidad se revisarán y se aplicarán de manera consistente por los Hospitales al tomar una determinación sobre el caso de cada paciente.
- II. El Hospital podría verificar la información recopilada en la solicitud de Asistencia financiera para el paciente. Podría requerirse una exención o divulgación autorizando al Hospital a obtener información de cuentas de una institución financiera o comercial u otra entidad que conserve o mantenga los activos monetarios para verificar su valor. La firma del paciente en el formulario de Asistencia financiera para el paciente certificará que la información contenida en la solicitud es exacta y completa.
- III. Todo paciente, o representante legal del paciente, que solicite Asistencia financiera en virtud de esta política hará todos los esfuerzos razonables para proporcionar al Hospital la documentación de los ingresos y toda la cobertura de beneficios médicos. No proporcionar la información resultaría en la denegación de la Asistencia financiera.
- IV. La elegibilidad se determinará en función de los ingresos de la familia del paciente y los activos monetarios según se detalla en la Sección 127405 del Código de Salud y Seguridad de California.
 - A. Los ingresos de la familia del paciente se verifican con la declaración de impuestos federales más reciente o con un mínimo de dos talones de cheque de pago recientes.
 - B. Se excluyen los primeros \$10,000 de activos monetarios (activos líquidos).
 - C. Se excluye el 50% de todos los activos monetarios (activos líquidos) por encima de los \$10,000.
 - D. Las cuentas de jubilación y los planes de compensación diferida definidos por el IRS (tanto los que cumplan los requisitos como los que no los cumplan) no se consideran activos monetarios y se excluyen de la consideración.
 - E. Se considerará que los activos por encima de las cantidades excluidas según lo establecido por la ley exceden los activos permitidos y podría resultar en la denegación de los descuentos de la Atención caritativa.
- V. Se requerirá una solicitud de Asistencia financiera del paciente cada vez que al paciente se le ingrese, y esta es válida para el ingreso actual más cualquier otra responsabilidad pendiente del paciente al momento de la determinación por el Hospital de que el paciente reúne los requisitos para recibir Asistencia financiera. La solicitud de Asistencia financiera para pacientes hospitalizados también puede usarse en la determinación de Asistencia financiera para servicios de pacientes ambulatorios. La solicitud de Asistencia financiera para servicios de pacientes ambulatorios es válida para tres meses de calendario a partir del mes de la determinación de elegibilidad, y cualquier otra responsabilidad financiera pendiente del paciente en UCLA Health al momento de la determinación.
- VI. Los pacientes que no tengan hogar o fallezcan mientras están ingresados en los Hospitales y que no tengan una fuente de financiamiento ni una parte responsable ni bienes podrían reunir los requisitos para recibir Atención caritativa incluso si no se ha completado una solicitud de Asistencia financiera. La elegibilidad de dichos pacientes se determinará presuntamente según lo estipulado en la Sección de "Presunta elegibilidad" anteriormente. Todos estos casos deben ser aprobados por el Director de Ingresos, el Director del Ciclo de ingresos o su designado.
- VII. A los pacientes se les notificará por escrito la aprobación o la razón de la denegación de Asistencia financiera. Dicha notificación se proporcionará en el idioma principal del paciente, si el idioma principal del paciente es inglés, español o algún otro idioma que hable una población significativa con conocimientos limitados del inglés (LEP), y al paciente se le notificará que hay servicios de intérpretes a su disposición sin cargo alguno para cualquier otro idioma.
- VIII. La responsabilidad financiera de un paciente para descuentos de Atención caritativa parcial requerirá que se determine y fije el precio del episodio de atención o del plan de tratamiento para determinar la limitación correspondiente sobre los cargos por la atención del paciente. Para los pacientes con altos costos médicos, es posible que sea necesario esperar hasta que un pagador

- haya adjudicado las reclamaciones para determinar la responsabilidad financiera del paciente.
- IX. En todos los casos, la cantidad cobrada a los pacientes que cumplen los requisitos para recibir Asistencia financiera se limitarán a las cantidades generalmente facturadas a las personas que tienen seguro que cubra dicha atención, según lo determinen los Hospitales, usando el proceso de facturación y codificación que el Hospital usaría si el paciente que reúne los requisitos fuera beneficiario de cuota por servicio de Medicare y fijaría el límite a la cantidad total que Medicare permitiría para la atención (incluyendo tanto la cantidad que Medicare reembolsaría, como la cantidad que el beneficiario sería personalmente responsable de pagar en la forma de copagos, coseguro o deducibles).
- X. Consultar la Sección XIII para Apelaciones/Procedimientos de Notificación.

PRÁCTICAS DE FACTURACIÓN Y RECAUDACIÓN DE PACIENTES

Responsabilidad: Servicios Comerciales de los Pacientes

- I. Los pacientes que no hayan proporcionado una prueba de cobertura por un tercero en el momento de, o con anterioridad a, la prestación de la atención, recibirán una factura con los cargos por los servicios prestados en el Hospital. Esa factura incluirá la petición de que se proporcione al Hospital información del seguro médico o de cobertura de terceros. Se proporcionará una nota adicional en la factura que le informe al paciente que, si no tiene cobertura de seguro médico, el paciente podría reunir los requisitos para recibir Medi-Cal, Servicios Infantiles de California o Asistencia financiera. Las notas incluirán el número de teléfono de la persona de contacto o la oficina en el Hospital que puede ayudar a responder preguntas con respecto a la Política de asistencia financiera y el sitio web directo donde pueden obtenerse copias de la Política de asistencia financiera, la solicitud y el resumen en lenguaje sencillo de la Política de asistencia financiera.
- II. La petición de un paciente de Asistencia financiera puede comunicarse verbalmente o por escrito y se entregará/enviará por correo postal una solicitud de Asistencia financiera del paciente a la dirección del paciente/aval. La correspondencia escrita dirigida al paciente será en el idioma principal del paciente, si el idioma principal del paciente es el inglés, español u otro idioma que hable una población significativa con conocimientos limitados del inglés (LEP) y al paciente se le notificará que hay servicios de intérpretes a su disposición sin cargo alguno en otros idiomas.
- III. Si un paciente está tratando de cumplir los requisitos de Asistencia financiera en virtud de la política de asistencia financiera del Hospital, o está intentando de buena fe pagar la factura pendiente, el Hospital no enviará la factura no pagada a ninguna agencia de recaudación ni a otros cesionarios a menos que dicha entidad haya acordado cumplir con esta política de Asistencia financiera.
- IV. Los pacientes están obligados a notificar a UCLA Health cualquier cambio en su información financiera de forma oportuna.
- V. En el caso de pacientes que reúnan los requisitos financieramente, antes de comenzar las actividades de recaudación contra un paciente, el Hospital y sus agentes proporcionarán un aviso que contiene una declaración de que podría haber disponible asesoramiento de crédito no lucrativo y un resumen de los derechos del paciente.
- VI. En todos los casos, la cantidad cobrada a los pacientes que reúnan los requisitos para Asistencia financiera se limitará a la cantidad generalmente facturada a las personas que tienen seguro que cubra dicha atención, según lo determinen los Hospitales usando el proceso de facturación y codificación que el Hospital usaría si el paciente que reúne los requisitos fuera un beneficiario de cuota por servicio de Medicare y fijaría el límite a la cantidad total que Medicare permitiría por la atención (incluyendo tanto la cantidad que Medicare reembolsaría como la cantidad que el beneficiario sería responsable de pagar en la forma de copagos, coseguro o deducibles).
- VII. Las facturas que no se paguen en un plazo de 120 días después de la primera factura posterior al alta podrían asignarse a una agencia de recaudación, sujeto a excepciones limitadas. El paciente

- u otra persona responsable del pago podría solicitar ayuda en cualquier momento después de la primera factura posterior al alta o en cualquier momento durante el proceso de recaudación.
- VIII. Es la política de UCLA Health no participar en una medida extraordinaria de recaudación (ECA). Si en el futuro UCLA Health cambiara su política, UCLA cumplirá las directrices bajo la Sección 501(r) del IRC que estipulan que el centro del Hospital hará todos los esfuerzos razonables para determinar si una persona reúne los requisitos para recibir Asistencia financiera en virtud de esta Política, según se define en la Sección 1.501(r)-6(c) de los reglamentos del Departamento del Tesoro, según podría enmendarse, antes de iniciar una ECA.
- IX. El Hospital o sus agencias de recaudación contratadas tomarán iniciativas de recaudación razonables en lugar de Medidas extraordinarias de recaudación, para recaudar las cantidades adeudadas de los pacientes. Estas iniciativas incluirán asistencia con la solicitud para posible cobertura de programas del gobierno, evaluación para Asistencia financiera, ofertas de planes de pagos razonables y ofertas de descuentos para pagos inmediatos. Ni el Hospital ni sus agencias de recaudación contratadas impondrán ninguna Medida extraordinaria de recaudación. Este requisito no impide que UCLA Health trate de lograr reembolso de acuerdos de responsabilidad de terceros u otras partes legalmente responsables.
- X. Las agencias que asistan al Hospital y puedan enviar una factura al paciente deben firmar un acuerdo escrito manifestando que observarán las políticas, las normas y el alcance de las prácticas del Hospital.
- A. La agencia también debe acordar:
- i. No reportar información desfavorable a una agencia de informes de crédito de consumidores ni iniciar ninguna acción civil contra el paciente por falta de pago.
 - ii. No utilizar embargos de sueldos.
 - iii. No imponer embargos sobre residencias principales.
 - iv. Apegarse a todos los requisitos identificados en el AB774 (Sección 127400 y siguientes del Código de Salud y Seguridad).
 - v. Cumplir con la definición y aplicación del Plan de pagos razonable, según se define en la sección IV(J).
- XI. En el caso de que se cobre más de la cuenta a un paciente, el hospital reembolsará al paciente la cantidad cobrada de más con un 7% de interés anual (Artículo XV, Sección 1 de la Constitución de California) calculado a partir de la fecha en que el paciente pagó la cantidad de más.

APELACIONES/PROCEDIMIENTOS DE NOTIFICACIÓN

Responsabilidad: Servicios Comerciales de los Pacientes

- I. En el caso de una disputa o denegación relacionada con la Asistencia financiera, un paciente podría solicitar la revisión del Gerente Jefe de Servicios al cliente del Departamento de Servicios Comerciales de los Pacientes. El Director del Departamento de Servicios Comerciales de los Pacientes revisará una apelación de segundo nivel.
- II. Esta política de Asistencia financiera y la solicitud de Asistencia financiera del paciente se proporcionarán a la Oficina de Planificación y Desarrollo de Salud a Nivel Estatal (Office of Statewide Health Planning and Development, OSHPD) de California al menos cada dos años el 1 de enero, o cuando se hagan revisiones importantes. Si UCLA Health no ha hecho ninguna revisión importante, puesto que las políticas y el formulario de información financiera se proporcionaron anteriormente, a la OSHPD se le notificará que no ha habido ninguna revisión importante.

RESPONSABILIDAD

Las preguntas sobre la implementación de esta política deberán dirigirse al Director del Ciclo de ingresos al (310) 794-8401.

Las preguntas sobre elegibilidad para recibir Asistencia financiera deberán dirigirse al Director de Asesoramiento financiero al (310) 267-4255, o al Gerente Jefe de Servicios al cliente del Departamento de Servicios Comerciales de los Pacientes al (310) 825-8566.

ESPECÍFICO DEL CAMPUS

HISTORIAL DE LA POLÍTICA

Preparado: 10/03/07 por: B. Lodge-Lemon, Director del Ciclo de ingresos

Revisado 10/05/07 por: Paul Staton, CFO

Revisado 04/27/10 por: Paul Staton, CFO

Revisado 10/01/10 por: Paul Staton, CFO

REFERENCIAS

Política de recaudación de deudas

Política de la EMTALA

Política del descuento en efectivo

Manual de contabilidad de la Universidad de California (H-576-60)

Reglamentos federales (42 C.F.R. Sección 440.255)

CONTACTO

Director, Ciclo de ingresos, Servicios Comerciales de los Pacientes de UCLA Health

HISTORIAL DE REVISIÓN

Fecha vigente: (Política anterior 18 de marzo de 2005 a 5 de octubre de 2007 Reemplazada por la política de UCLA 5 de octubre de 2007

Fechas de las revisiones: 27 de mayo de 2009, 27 de octubre de 2010, 28 de mayo de

2014, 27 de
abril de 2018

28 de mayo
de 2009, 30
de

Fechas de noviembre
las de 2010, 30
revisiones: de mayo de
2014, 4 de
mayo de
2018

APROBACIÓN

Johnese Spisso, RN, MPA
Presidente de UCLA Health
CEO UCLA Hospital System

Christopher Tarnay, M.D.
Jefe de personal
Centro Médico Ronald Reagan de UCLA

Roger M. Lee, M.D.
Jefe de personal
Centro Médico y Hospital Ortopédico de UCLA en Santa Mónica

Laurie R. Casaus, M.D.
Jefa de personal
Hospital Neuropsiquiátrico Resnick en UCLA

¹Esto incluye cargos por servicios no cubiertos, días denegados o estadías denegadas. También se incluyen las denegaciones de las peticiones de autorización de tratamiento (Treatment Authorization Requests, TAR) y cualquier falta de pago por servicios no cubiertos proporcionados a pacientes de Medi-Cal. Además, los pacientes de Medicare que tengan cobertura de Medi-Cal de su coseguro o deducibles, por los que Medi-Cal no pague y Medicare a final de cuentas no proporcione un reembolso por deuda incobrable también se incluyen.

Anexos:

Anexo A – [Lista de médicos]

Anexo B – [Solicitud de Asistencia financiera del paciente]

Apéndice 1 – Área primaria de servicio. *Cada centro médico de UCLA define su área primaria de servicio, que puede ser una zona específica o genérica, que varía de unos cuantos códigos postales a "todos los códigos postales en los Estados Unidos de Norteamérica".*