

## I. CONTEXTO

Centro Médico

## II. PROPÓSITO

Davis Health de la Universidad de California (University of California, Davis Health, UCDH) 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 UCDH con nuestra misión y visión al ayudar a satisfacer las necesidades de los pacientes de bajos ingresos, sin seguro y con seguro insuficiente en nuestra comunidad. Esta política no está concebida para anular ni alterar ninguna provisión contractual ni tarifas negociadas por y entre un Sistema de Salud 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 está concebida para cumplir con la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos (Internal Revenue Code, IRC), así como la Sección 127400 y sigs. del Código de Salud y Seguridad de California, (AB774 y AB1503), las Políticas de precios justos del hospital, vigentes desde el 1 de enero de 2007, y las Políticas de precios justos de médicos de emergencias, vigentes desde el 1 de enero de 2011 y el 1 de enero de 2015 (SB1276), y la guía del Departamento de Salud y Servicios Humanos 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 se aplica solo a pacientes sin seguro o pacientes con altos costos médicos que están en o por debajo del 400 por ciento del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL). Además, esta política proporciona directrices para identificar y tratar a pacientes que podrían cumplir los requisitos para recibir asistencia financiera. Esta política establece también los criterios de selección financiera para determinar qué pacientes tienen derecho a atención caritativa. Los criterios de selección financiera que se estipulan en esta política están basados principalmente en las directrices del nivel federal de pobreza (FPL) actualizadas periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Los pacientes sin seguro que no cumplen los criterios para atención caritativa en virtud de esta política pueden ser derivados a la Política de descuento por pago en efectivo o por pago inmediato.

## III. POLÍTICA

- A. Esta política está diseñada para proporcionar descuentos de atención caritativa del 100 por ciento a pacientes que:
1. Tienen ingresos familiares iguales o inferiores al 400 por ciento del FPL.
  2. Necesitan atención urgente.
  3. Residen en el área de servicios de UCDH según se define en el Anexo 4, y
  4. No tienen seguro, no reúnen los requisitos para asistencia por terceros o tienen altos costos médicos.
- B. Los pacientes con necesidad financiera demostrada pueden reunir los requisitos si satisfacen la definición de un paciente de atención caritativa o paciente con altos costos médicos según se define en la sección IV, a continuación.
- C. Esta política permite exenciones que no son de rutina de los costos médicos del propio bolsillo de los pacientes en función de una determinación individual de necesidad financiera de conformidad con los criterios establecidos a continuación. Esta política y los criterios de selección financiera deben aplicarse de manera uniforme a todos los casos en todo UCDH. Si la aplicación de esta política entra en conflicto con los requisitos de cobertura o contratación del pagador, consulte con el asesor jurídico de UCDH.

- D. Esta política excluye servicios que no son médicamente necesarios o servicios facturados por separado de los médicos, con la excepción de los servicios de los médicos de la sala de emergencias.
- E. Esta política no se aplicará si el paciente/la parte responsable proporciona información falsa sobre la elegibilidad financiera o si el paciente/la parte responsable no hace todos los esfuerzos razonables para solicitar y recibir beneficios de seguros patrocinados por el gobierno para los que podría cumplir los requisitos.

#### IV. DEFINICIONES

- A. Cantidades generalmente facturadas (Amounts Generally Billed, AGB): La máxima cantidad facturada por UC Davis Health a personas que reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera, según lo determinado por esta política. UC Davis Health determina las cantidades AGB usando un método permitido por los reglamentos federales, esto es, el método “prospectivo de Medicare”. El método prospectivo exige que el centro calcule la cantidad que Medicare pagaría para la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria si la persona que reúne los requisitos para la FAP fuera un beneficiario de tarifa por servicio de Medicare. El término “tarifa por servicio de Medicare” incluye solamente seguros médicos disponibles en virtud de las partes A y B del Título XVII de la Ley de Seguridad Social (42 U.S.C. 1395c a 1395w-5) de Medicare y no los planes de seguros médicos administrados bajo Medicare Advantage.
- B. Deuda incobrable: Una deuda incobrable es la que resulta de servicios prestados a un paciente que UCDH determinó, 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.
- C. Paciente de atención caritativa: Un paciente de atención caritativa es un paciente que paga por cuenta propia y reúne los requisitos para recibir asistencia financiera o paciente con altos costos médicos.
- D. Afección médica urgente: Se define como una afección médica 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:
  1. Grave peligro para la salud del paciente.
  2. Grave afectación de las funciones corporales.
  3. Disfunciones graves de cualquier órgano o parte corporal.
- E. Médico de emergencias: Se refiere a un médico y cirujano certificado según lo dispuesto en el Capítulo 2 (a partir de la Sección 2000) del Código de Negocios y Profesiones, que está acreditado por un hospital y empleado o contratado por un hospital para proporcionar servicios médicos de emergencia en el departamento de emergencias del hospital, excepto que un “médico de emergencias” no incluirá a un especialista médico a quien se le llame al departamento de emergencias de un hospital o que forme parte del personal o tenga privilegios en el hospital fuera de la sala de emergencias. Esta política cubre a todos los médicos que proporcionan servicios en el departamento de emergencias.
- F. Medida extraordinaria de recaudación (Extraordinary Collection Action, ECA): Una lista de actividades de recaudación, definidas por el IRS y el Tesoro (Treasury), que las organizaciones de atención médica pueden solamente emprender contra una persona 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.
  1. Imponer un embargo en una propiedad de una persona.
  2. Ejecutar la hipoteca sobre un bien inmueble.
  3. Embargar o incautar una cuenta bancaria de una persona u otra propiedad personal.
  4. Iniciar una demanda civil contra una persona o una orden de detención por desacato civil.
  5. Provocar la detención de una persona.
  6. Retener sueldos.
  7. Notificar información desfavorable a una agencia de crédito.
  8. Diferir o denegar atención médica necesaria por falta de pago de una factura por atención proporcionada anteriormente según la Política de Asistencia Financiera/Atención Caritativa de UCDH.
  9. Exigir un pago antes de proporcionar atención médica necesaria a causa de facturas pendientes por atención previamente proporcionada.
- G. Nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL): Directrices de pobreza actualizadas periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, publicadas en <http://aspe.hhs.gov/poverty>.
- H. Paciente con altos costos médicos: Un paciente con altos costos médicos que reúne los requisitos para recibir asistencia financiera se define como sigue:

1. Paciente que no paga por cuenta propia (tiene cobertura de un tercero).
  2. Ingresos familiares del paciente iguales o inferiores al 400 por ciento del FPL.
  3. Gastos médicos del propio bolsillo en los doce (12) meses anteriores (independientemente de que se produjeran dentro o fuera de cualquier hospital), superiores al 10 por ciento de los ingresos familiares del paciente.
  4. El paciente no recibe por lo contrario un descuento como resultado de cobertura por un tercero por los servicios que se facturarán.
- I. Servicio médicamente necesario: Un servicio o tratamiento médicamente necesario es uno que es absolutamente necesario para tratar o diagnosticar a un paciente y que podría afectar de forma negativa la afección, enfermedad o lesión del paciente en caso de omitirse, y que no se considera una cirugía o tratamiento electivo o cosmético.
- J. Proveedores no participantes: Los especialistas quirúrgicos pediátricos de Sutter Health Foundation proporcionan servicios en UC Davis Health y no están sujetos a esta política.
- K. Proveedores participantes: UC Davis Health en todos los lugares está sujeto a esta política. Además, todos los médicos del Grupo Médico y la Red de Atención Primaria de UC Davis están sujetos a esta política.
- L. Familia del paciente: Para los pacientes de 18 años de edad y mayores, la familia del paciente se define como su cónyuge, pareja doméstica e hijos dependientes menores de 21 años, ya sea que vivan en casa o no. Para los menores de 18 años, la familia del paciente incluye un padre/madre, parientes cuidadores y otros hijos menores de 21 años del padre/madre o pariente cuidador.
- M. "Plan de pago razonable": Pagos mensuales que no sean superiores al 10 por ciento de los ingresos mensuales familiares del paciente en un mes, excluyendo deducciones para gastos de manutención esenciales. "Gastos de manutención esenciales" significa, para los fines de esta subdivisión, gastos en concepto de lo siguiente: alquiler o pago y mantenimiento de la casa, alimentos y artículos para el hogar, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguro, escuela o cuidado infantil, manutención de hijos o pensión alimenticia a cónyuges, gastos de transporte y automóvil, incluidos seguro, gasolina y reparaciones, pagos a plazos, lavandería y limpieza y otros gastos extraordinarios.
- N. Paciente de pago por cuenta propia: Un paciente de pago por cuenta propia que reúne los requisitos para asistencia financiera se define como sigue:
1. Sin cobertura de terceros.
  2. Sin cobertura de Medi-Cal/Medicaid o pacientes que cumplen los criterios pero que no reciben cobertura para todos los servicios o por toda la hospitalización.
  3. Lesión no indemnizable a los efectos de programas de gobierno, compensación para trabajadores, seguro de automóvil, otro seguro o responsabilidad de terceros según lo determinado y documentado por el hospital.
  4. Ingresos familiares del paciente iguales o inferiores al 400 por ciento del FPL.

## V. COMUNICACIÓN DE POLÍTICAS DE ATENCIÓN Y DESCUENTO CARITATIVOS

Responsabilidad: Ingresos, Sala de emergencias, Centros para pacientes ambulatorios, Servicios financieros para pacientes, Oficina de facturación

- A. Los pacientes recibirán un aviso escrito con su factura que contiene información acerca de la política de atención caritativa del hospital, incluida información sobre la elegibilidad, así como información de contacto de un empleado u oficina del hospital donde el paciente puede obtener más información sobre estas políticas. En el momento del servicio, se darán avisos a los pacientes que no parezcan tener cobertura de terceros, en el Departamento de ingresos, la Sala de emergencias y otros centros hospitalarios para pacientes ambulatorios. Los avisos deben proporcionarse en inglés y en los idiomas que correspondan según el área geográfica de UCDH. (Véase el Anexo 4).
- B. Los Servicios financieros para pacientes de UCDH publicarán políticas y capacitarán al personal en lo relativo a la disponibilidad de los procedimientos relacionados con la asistencia financiera para pacientes.
- C. El Aviso de nuestra Política de atención caritativa se pondrá en lugares visibles en todo el hospital, incluidos el Departamento de emergencias, las Oficinas de ingresos, los centros para pacientes ambulatorios y el Departamento de servicios financieros para pacientes, en los idiomas que correspondan según el área geográfica de UCDH.
- D. La Política de atención caritativa se publicará en el sitio web de UC Davis Health en los idiomas que correspondan según el área geográfica de UCDH.
- E. Véase la Sección IX, Prácticas de facturación y recaudación de pacientes, Parte A.

## VI. PROCEDIMIENTOS DE ELEGIBILIDAD

Responsabilidad: Ingresos/Registro, Departamento de emergencias, Centros para pacientes ambulatorios, Áreas auxiliares de registro, Clínicas, Servicios financieros para pacientes

- A. Se hará todo lo posible por evaluar a todos los pacientes identificados como sin seguro o con necesidad de asistencia financiera para ingresos y visitas a salas de emergencias y centros para pacientes ambulatorios, para determinar su capacidad para pagar y su elegibilidad para programas de pago, incluidos los ofrecidos a través de UCDH. La información financiera de los pacientes evaluados se monitorizará según sea pertinente. A los pacientes evaluados se les prestará asistencia para determinar la elegibilidad del paciente para Medi-Cal o cualquier otra cobertura de terceros.
- B. 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, la sala de emergencias u otro lugar para pacientes ambulatorios. La solicitud de atención caritativa puede hacerse en cualquier momento antes, durante y hasta 240 días a partir de la primera factura posterior al alta después de recibir la atención. Los pacientes de atención no urgente están obligados a presentar la solicitud antes de recibir los servicios. El nivel de atención caritativa aprobado puede tener vigencia por un período de hasta un máximo de tres meses.
- C. Los pacientes con altos costos médicos con cobertura de terceros serán evaluados por un asesor financiero del Departamento de ingresos o Servicios financieros para pacientes para determinar si cumplen los requisitos como pacientes con altos costos médicos. Tras la solicitud por el paciente de un descuento de atención caritativa, se le informará al paciente de los criterios que debe cumplir para ser paciente con altos costos médicos y de la necesidad de proporcionar recibos si está alegando servicios prestados de otros proveedores en los doce meses anteriores. El paciente es quien decidirá si cree que podrá reunir los requisitos de atención caritativa y desea solicitarla. Sin embargo, el hospital debe asegurar que al paciente se le proporcionó toda la información relativa a la Política de descuento de atención caritativa.
- D. Todos los pacientes que posiblemente reúnan a los requisitos deben solicitar asistencia a través de programas del estado, el condado y otros programas, antes de que se consideren los fondos de atención caritativa. Si se les deniega, UC Davis Health debe recibir una copia de la denegación. El incumplimiento del proceso de solicitud o no proporcionar los documentos solicitados puede considerarse en la determinación. La falta deliberada de cooperación por el paciente podría resultar en la denegación por UCDH de proporcionar asistencia financiera.
- E. El formulario de Información financiera del paciente (véase el Anexo 2) se utiliza para determinar la capacidad del paciente para pagar por servicios en UCDH y para determinar la posible elegibilidad de un paciente para recibir asistencia pública. Este formulario también se utilizará para procesar solicitudes de Asistencia de docencia clínica y para la revisión de la financiación de la atención caritativa.
- F. A todos los pacientes sin seguro se les dará la oportunidad de completar un formulario de Información financiera del paciente. El formulario está disponible en inglés y en los idiomas que correspondan según el área geográfica de UCDH.
- G. La evaluación financiera y la comprobación de medios para recibir el Descuento de atención caritativa estarán a cargo de asesores financieros del Departamento de ingresos y los Servicios financieros para pacientes. Es la responsabilidad del paciente cooperar con el proceso de recopilación de información.
- H. La información específica del paciente se proporcionará al condado y al Estado de conformidad con las directrices del condado y del estado para las determinaciones de elegibilidad.
- I. Esta política se aplica a los departamentos de pacientes hospitalizados y ambulatorios del hospital y a los médicos de UCDH. La FAP cubre a los médicos que proporcionan servicios médicamente necesarios y de emergencias en el hospital. UCDH mantiene una lista de médicos en <http://www.ucdmc.ucdavis.edu>.

## VII. ELEGIBILIDAD PARA ATENCIÓN CARITATIVA DEL 100 POR CIENTO

- A. Prueba de Covid-19
  - 1. El paciente no tiene seguro y recibe la prueba de Covid-19 en UC Davis Health
- B. O pacientes que:
  - 1. Tienen ingresos familiares iguales o inferiores al 400 por ciento del FPL.
  - 2. Necesitan atención urgente.
  - 3. Residen en el área de servicios primarios de UCDH según se define en el Anexo 4.
  - 4. No tienen seguro, no reúnen los requisitos para asistencia por terceros o son pacientes con altos costos médicos, se les otorgará el descuento de atención caritativa del 100 por ciento en los servicios prestados.
  - 5. Si no se puede establecer contacto con un paciente, antes de derivársele a una agencia externa para la recaudación, se completará una revisión por Experian. Si la situación financiera del paciente cumple los criterios de atención caritativa de nuestro departamento, podría otorgarse un descuento de atención caritativa.
- C. La comprobación de medios consiste en una revisión de los ingresos y activos (bienes) del paciente.
- D. El formulario de Información financiera del paciente debe completarse para todos los pacientes que soliciten un descuento de atención caritativa.
- E. Los criterios y el proceso para determinar la elegibilidad de un paciente para un descuento de atención caritativa del 100 por ciento son como sigue:
  - 1. Los ingresos familiares del paciente se verifican para comprobar que no excedan del 400 por ciento del FPL con la declaración de impuestos federales más reciente o talones de cheques salariales recientes.
  - 2. Los primeros \$10,000 de activos monetarios (activos líquidos) se excluyen.
  - 3. El 50 por ciento de todos los activos monetarios (activos líquidos) por encima de \$10,000 se excluyen.
  - 4. Las cuentas de jubilación y los planes de compensación diferida definidos por el Servicio de Impuestos Internos (IRS) (tanto cualificados como no cualificados) no se consideran activos monetarios y se excluyen de la consideración.
  - 5. Los activos por encima de las cantidades excluidas por ley se considerarán activos superiores al límite autorizado y podrían resultar en la denegación de descuentos de atención caritativa.
  - 6. A los pacientes con altos costos médicos con cobertura de terceros que están por debajo del 400 por ciento del FPL con costos médicos superiores al 10 por ciento de los ingresos anuales familiares del paciente, y que no han recibido un descuento como resultado de la cobertura de terceros de los servicios que se facturarán, se les otorgará un descuento de atención caritativa del 100 por ciento en los servicios prestados.
  - 7. Los pacientes que cumplan los criterios para atención caritativa del 100 por ciento sobre la base de los altos costos médicos, recibirán dicho descuento de atención caritativa solamente si no reciben de alguna otra manera un descuento como resultado de la cobertura de terceros por los servicios que se facturarán.
  - 8. A los pacientes con altos costos médicos se les evaluará mensualmente para determinar la elegibilidad, y su categoría será válida para el mes actual o el mes del servicio más actual con efecto retroactivo a los doce meses de servicio.
  - 9. Los Servicios financieros para pacientes pueden —en circunstancias extraordinarias— otorgar atención caritativa a personas que de otra forma no cumplirían los requisitos para recibir atención caritativa en virtud de esta política. Cuando se realice dicha concesión, las circunstancias extraordinarias que justifican la concesión de atención caritativa se documentarán por escrito y se mantendrán en un archivo separado en Servicios financieros para pacientes.

## VIII. PROCESO DE REVISIÓN

Responsabilidad: Ingresos/Registro y Servicios financieros para pacientes

- A. Los requisitos anteriores se revisarán y se aplicarán de manera consistente a través de UCDH al tomar una determinación sobre el caso de cada paciente.
- B. UCDH podría verificar la información recopilada en el formulario 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 el formulario es exacta y completa.
- C. Todo paciente, o representante legal del paciente, que solicite un descuento de atención caritativa 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 del descuento de atención caritativa.
- D. La elegibilidad se determinará en función de los ingresos familiares del paciente, que incluirán los activos monetarios según se detalla en el Proyecto de Ley 774 de la Asamblea, la Sección 127400 y otras del Código de Salud y Seguridad, y la Política de precios justos del hospital.
- E. La información financiera del paciente será necesaria cada vez que el paciente sea ingresado y será válida para el ingreso actual más cualquier otra responsabilidad financiera pendiente del paciente en UCDH en el momento de la determinación. La solicitud de hospitalización del paciente puede utilizarse en la determinación del descuento de atención caritativa para servicios a pacientes ambulatorios. La solicitud de evaluación financiera para servicios a pacientes ambulatorios es válida durante tres meses naturales a partir del mes de la determinación de elegibilidad y para cualquier otra responsabilidad financiera del paciente en UCDH en el momento de la determinación.
- F. Los pacientes que no tengan hogar o fallezcan mientras están ingresados en UCDH o que reciban atención por sus médicos de la sala de emergencias y no tengan fuente de financiación o parte responsable ni patrimonio podrían reunir los requisitos para atención caritativa incluso si no se ha completado la solicitud de asistencia financiera. Todos estos casos deben ser aprobados por el Director de ingresos, el Director de servicios financieros para pacientes o sus designados.
- G. El paciente recibirá notificación por escrito de la aprobación o de la razón de la denegación de la elegibilidad para atención caritativa en los idiomas que correspondan según el área geográfica de UCDH de conformidad con las leyes y reglamentos federales y estatales.
- H. En el caso de pacientes con altos costos médicos con cobertura de terceros, podría ser necesario esperar hasta que un pagador haya adjudicado la reclamación para determinar la responsabilidad financiera del paciente.
- I. Consulte la Sección XII para Apelaciones/Procedimientos de notificación.

## IX. PRÁCTICAS DE FACTURACIÓN Y RECAUDACIÓN DE PACIENTES

Responsabilidad: Servicios financieros para pacientes

- A. 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. La factura contendrá una nota adicional que informa al paciente que, si no tiene cobertura de seguro médico, el paciente podría reunir los requisitos para Medi-Cal, los Servicios Infantiles de California o atención caritativa.
- B. La solicitud del paciente puede comunicarse verbalmente o por escrito y se entregará/enviará por correo postal un formulario de Información financiera del paciente a la dirección del paciente/garante. La correspondencia escrita dirigida al paciente deberá estar también en los idiomas que correspondan según el área geográfica de UCDH de conformidad con las leyes y reglamentos federales y estatales.
- C. Si un paciente está tratando de cumplir los criterios para la elegibilidad en virtud de la política de atención caritativa del hospital, y 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 la entidad haya acordado cumplir con esta política.
- D. Los pacientes están obligados a notificar a UCDH cualquier cambio en su información financiera de forma oportuna.
- E. En el caso de pacientes de atención caritativa que reúnan los requisitos para recibir asistencia financiera, 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.

- F. Las facturas que no se paguen 120 días después de la primera factura posterior al alta podrían asignarse a una agencia de recaudación. El paciente o el garante del paciente puede solicitar ayuda para su factura hasta 240 días a partir de la primera factura posterior al alta y en cualquier momento durante el proceso de recaudación.
- G. Es la política de UCDH no participar en una acción de recaudación extraordinaria (Extraordinary Collection Action, ECA). Si en el futuro UCDH cambiara su política, UCDH cumplirá las directrices bajo 501(r) que estipulan que el paciente recibirá una notificación por escrito de 30 días de las ECA que UCDH pretende tomar.
- H. UCDH o sus agencias de recaudación contratadas tomarán iniciativas de recaudación razonables para recaudar las cantidades adeudadas de los pacientes. Estas iniciativas incluirán asistencia con la solicitud para posible cobertura de programas del gobierno, evaluación para atención caritativa, ofertas de planes de pagos sin intereses, y ofertas de descuentos para pagos inmediatos. Ni UCDH ni sus agencias de recaudación contratadas impondrán embargos de nóminas o embargos sobre residencias primarias salvo según lo dispuesto a continuación. Este requisito no impide que UCDH trate de lograr reembolso de acuerdos de responsabilidad de terceros u otras partes legalmente responsables.
- I. Las agencias que asistan al hospital y puedan enviar una factura al paciente deben firmar un acuerdo escrito manifestando que observarán las normas y el alcance de las prácticas del hospital. La agencia debe también comprometerse a:
  - 1. No reportar información desfavorable a una agencia de información de crédito de consumidores ni iniciar una acción civil contra el paciente por falta de pago en cualquier momento antes de 150 días después de la factura inicial.
  - 2. No utilizar embargos de sueldos, excepto por una orden judicial tras una moción notificada, apoyada por una declaración presentada por el autor de la moción identificando la base por la que cree que el paciente tiene la capacidad de hacer pagos en el juicio bajo el embargo de sueldos, el cual el tribunal considerará en vista del tamaño del juicio y la información adicional proporcionada por el paciente antes de, o en el momento de, la audiencia acerca de la capacidad del paciente para pagar, incluida información sobre probables gastos médicos futuros basándose en la situación actual del paciente y otras obligaciones del mismo.
  - 3. No imponer embargos sobre residencias primarias.
  - 4. Apegarse a todos los requisitos identificados en AB774 (Sección 127400 y siguientes del Código de Salud y Seguridad).
  - 5. Apegarse a todos los requisitos de notificación del 501(r).
- J. 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 por ciento 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.

## X. APELACIONES/PROCEDIMIENTOS DE NOTIFICACIÓN

Responsabilidad: Servicios financieros para pacientes

- A. En el caso de una disputa o denegación, un paciente puede solicitar la revisión del Gerente de Servicios al cliente. El Director auxiliar de Finanzas de Servicios financieros para pacientes revisará una apelación de segundo nivel.
- B. La política de atención caritativa, la política de Pago con descuento y el formulario de Información 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) al menos cada dos años el 1 de enero, o con revisión considerable. Si no se ha hecho ninguna revisión considerable por UCDH y sus médicos de la sala de emergencias desde que las políticas y el formulario de información financiera se proporcionaron anteriormente, a la OSHPD se le notificará que no ha habido ninguna revisión considerable.

## XI. RESPONSABILIDAD

Las preguntas sobre la implementación de esta política deberán dirigirse al Director auxiliar de Finanzas, Administración de Servicios financieros para pacientes en el (916) 734-9172. Las preguntas sobre elegibilidad para recibir asistencia financiera deberán dirigirse al Gerente de Asesoramiento financiero en el (916) 734-9077 o al

Gerente de Servicios al cliente en el  
(916) 734-9206.

UCDH se reserva el derecho a hacer excepciones a esta política según el caso.

## XII. REFERENCIAS

Política de prácticas de recaudación de deudas de contabilidad de pacientes

Política administrativa 1101, Ley de parto activo y tratamiento médico de emergencia (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA)

Política administrativa 1885, Solicitud de descuento del hospital y de los médicos

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

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

## XIII. REVISADO POR

Paul LePage\*

Grupo de trabajo profesional de cumplimiento y operaciones de facturación