



<b>Nombre de la política:</b> Política de pago con descuento		<b>Política n.º:</b> HW502
<b>División:</b> Organizacional	<b>Manual:</b> Política del Hospital Completo	<b>Página:</b> 1 de 6
<b>Fecha de creación:</b> 31/12/2007	<b>Fecha de revisión:</b> 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	<b>Fecha de efectiva:</b> 01/01/2024

**ASUNTO:** Política de pago con descuento

**Propósito:**

Pomona Valley Hospital Medical Center (PVHMC) atiende a todas las personas en la comunidad de Pomona Valley y el gran Inland Empire. Como proveedor del servicio hospitalario de la comunidad, Pomona Valley Hospital Medical Center se esfuerza en ofrecer servicios del cuidado de la salud de alta calidad y un entorno orientado al servicio al cliente. Proveemos a los pacientes oportunidades para pagar servicios de cuidado de la salud con descuento. El compromiso de PVHMC es otorgar de manera consistente descuentos justos a las personas que no tienen seguro o que, en algunos casos, están aseguradas pero no gozan de cobertura del seguro para ciertos servicios del cuidado de la salud médicamente necesarios que ofrece PVHMC. Esta política define el Programa de asistencia financiera de pagos con descuento de PVHMC, incluidos sus criterios, sistemas y métodos.

La Junta Directiva de PVHMC es responsable de aprobar esta política.

**Política:**

La política de Pomona Valley Hospital Medical Center es ofrecer un programa de pago con descuento a los pacientes que reciben servicios de cuidado de la salud.

**Esta política aborda lo siguiente:**

- Definiciones
- Criterios de elegibilidad para el pago con descuento
- Planes de pago
- Informes y facturación
- Disposiciones generales

**DEFINICIONES**

**Gastos esenciales de subsistencia:** Gastos para cualquiera de los siguientes rubros: pagos de alquileres o del hogar (incluidos gastos de mantenimiento), alimentos y provisiones del hogar, servicios públicos y teléfono, vestimenta, pagos médicos y dentales, seguros, cuidado escolar o infantil, manutención infantil y de cónyuges, gastos de transporte y automóviles (incluidos seguros, gasolina y reparaciones), pagos de cuotas, gastos de lavandería y limpieza, y otros gastos extraordinarios.

<b>Nombre de la política:</b> Política de pago con descuento		<b>Política n.º:</b> HW502
<b>División:</b> Organizacional	<b>Manual:</b> Política del Hospital Completo	<b>Página</b> 2 de 6
<b>Fecha de creación:</b> 31/12/2007	<b>Fecha de revisión:</b> 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	<b>Fecha de efectiva:</b> 01/01/2024

### ***ELEGIBILIDAD PARA EL PAGO CON DESCUENTO***

Un paciente no es elegible para recibir asistencia de beneficencia cuando su ingreso familiar es superior al 400% del nivel de pobreza federal establecido. En cambio, los pacientes no asegurados califican para un descuento por pronto pago, que se aplicará a todos los pacientes hospitalizados, pacientes ambulatorios y los servicios de emergencia necesarios provistos por PVHMC. El saldo descontado depende del tipo de servicio provisto:

1) Para los servicios ambulatorios, el saldo descontado representa la tasa de cobro HMO/PPO comercial promedio en los servicios ambulatorios, sin exceder los precios en efectivo establecidos.

2) Para los servicios de hospitalización, el saldo descontado representa el monto de MediCal APR DRG para los servicios de obstetricia y pediatría y el monto de Medicare DRG para todos los demás servicios de hospitalización aguda, sin exceder los precios en efectivo establecidos. El plazo estándar para el descuento por pago en término es de 30 días. Sin embargo, este plazo puede negociarse conforme con las siguientes pautas de Planes de pago.

#### **Planes de pago**

Cuando el hospital efectúe un descuento, el paciente tendrá la opción de pagar los montos adeudados en un solo pago único o a través de un plan de términos de pago programados.

El hospital discutirá las opciones de planes de pagos con cada paciente que solicite hacer un arreglo de términos de pago. Los planes de pagos individuales se negociarán entre el hospital y el paciente basándose en la capacidad del paciente de satisfacer en forma efectiva los términos de pago. Como guía general, los planes de pagos se estructurarán con una duración de hasta 12 meses. El hospital negociará de buena fe con el paciente. Sin embargo, no hay obligación de aceptar los términos de pago ofrecidos por el paciente. Si el paciente y el hospital no logran llegar a un acuerdo sobre los términos de pago negociados, el hospital le ofrecerá al paciente el plan de pago predeterminado. De acuerdo con el plan de pago predeterminado, el pago mensual del paciente no excederá el 10% del ingreso mensual familiar del paciente, excluidas las deducciones de "gastos básicos de subsistencia" tal como se define anteriormente en este documento.

**SOLICITUD:** no se requiere presentar una solicitud

<b>Nombre de la política:</b> Política de pago con descuento		<b>Política n.º:</b> HW502
<b>División:</b> Organizacional	<b>Manual:</b> Política del Hospital Completo	<b>Página</b> 3 de 6
<b>Fecha de creación:</b> 31/12/2007	<b>Fecha de revisión:</b> 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	<b>Fecha de efectiva:</b> 01/01/2024

## **INFORMES Y FACTURACIÓN:**

### **Medidas de cobro**

Los saldos del garante no se enviarán a una agencia de cobro cuando el garante haga los esfuerzos razonables para comunicarse con la oficina comercial y tome medidas de buena fe para cancelar los saldos adeudados, como solicitar cobertura de un seguro gubernamental o un descuento en virtud de la Política de pago con descuento del hospital, entre otras medidas. Consulte la Política de pago con descuento para obtener más información.

### **Extracto de facturación**

De acuerdo con la sección 127420 del Código de Salud y Seguridad, el hospital incluirá la siguiente información en forma clara y notoria en la factura de un paciente:

- (1) Un extracto de los cargos por los servicios prestados por el hospital.
- (2) Una solicitud para que el paciente informe al hospital si tiene cobertura de seguro médico, Medicare, Medi-Cal u otra cobertura.
- (3) Una declaración de que si el consumidor no tiene cobertura de seguro médico, el consumidor puede ser elegible para la cobertura ofrecida a través del Intercambio de beneficios de salud de California (Covered CA), Medicare, Medi-Cal, el Programa de servicios infantiles de California o el cuidado de beneficencia.
- (4) Una declaración que indique cómo los pacientes pueden obtener una solicitud para el programa Medi-Cal, la cobertura ofrecida a través del Intercambio de beneficios de salud de California u otros programas de cobertura médica con fondos del estado o del condado, y que el hospital les proveerá dichas solicitudes. Si el paciente no indica una cobertura por un tercero pagador o no solicita un descuento sobre el precio o cuidado de beneficencia, el hospital ofrecerá una solicitud para el programa Medi-Cal u otro programa con fondos del estado o del condado al paciente. Esta solicitud se deberá ofrecer antes del alta si el paciente ha sido hospitalizado o a los pacientes que reciban cuidados de emergencia o ambulatorios. El hospital también ofrecerá a los pacientes una referencia a un centro de asistencia al consumidor local albergado en oficinas de servicios legales.
- (5) Información concerniente al paciente calificado financieramente y a la solicitud de cuidado de beneficencia, incluido lo siguiente:
  - (A) Una declaración que indique que si el paciente no posee cobertura o su cobertura es inadecuada y cumple determinados requisitos de ingresos bajos y moderados, el paciente puede calificar para pagos con descuentos o cuidado de beneficencia.
  - (B) El nombre y el número de teléfono de un empleado u oficina del hospital a los que el paciente pueda pedir información sobre las políticas de pago con descuento y de cuidado de beneficencia del hospital y cómo solicitar la asistencia.

<b>Nombre de la política:</b> Política de pago con descuento		<b>Política n.º:</b> HW502
<b>División:</b> Organizacional	<b>Manual:</b> Política del Hospital Completo	<b>Página</b> 4 de 6
<b>Fecha de creación:</b> 31/12/2007	<b>Fecha de revisión:</b> 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	<b>Fecha de efectiva:</b> 01/01/2024

(C) Si el paciente solicita o tiene una solicitud pendiente para otro programa de cobertura médica al mismo tiempo que solicita un cuidado de beneficencia del hospital o un programa de pago con descuento, ninguna solicitud descartará la elegibilidad para el otro programa.

### **Aviso público**

PVHMC deberá colocar avisos que informen al público sobre los Programas de asistencia financiera de cuidado de beneficencia y pago con descuento. Dichos avisos se deberán publicar en áreas de hospitalización de gran volumen y en las áreas de servicios ambulatorios del hospital, incluidos, entre otros, el departamento de emergencias, las áreas de admisión de hospitalización y el registro para servicios ambulatorios, o en otras áreas comunes de espera de pacientes del hospital. También se deberán colocar los avisos en cualquier otra ubicación donde el paciente pueda pagar su factura. Los avisos incluirán información de contacto sobre cómo un paciente puede obtener más información de los programas de cuidado de beneficencia y pago con descuento, así como también dónde solicitar dicha asistencia.

Estos avisos se deberán colocar en inglés y español y en cualquier otro idioma que sea representativo del 5% o más de los pacientes en el área de servicios del hospital. El aviso tendrá un tamaño de 11 x 20 e incluirá la siguiente información:

- *Ayuda para pagar su factura*
- *Cómo presentar una solicitud*
- *Programa de quejas sobre facturas del hospital*
- *Cómo obtener más ayuda*

### **Acceso a la Política de pago con descuento**

Hay una copia de esta Política de pago con descuento disponible en el sitio web del hospital. Hay copias impresas de la política disponibles al público previa solicitud en el edificio principal del hospital o se puede enviar por correo.

### **Informes al HCAI**

PVHMC informará los cuidados de beneficencia ofrecidos de conformidad con los requisitos reglamentarios de la Oficina de Planeamiento y Desarrollo de la Salud del Estado (Office of Statewide Health Planning and Development - OSHPD) tal como se indica en el Manual de informes y contabilidad para hospitales, segunda edición. Para cumplir con los requisitos aplicables, el hospital conservará la documentación escrita concerniente a sus criterios para el cuidado de beneficencia y, para los pacientes individuales, el hospital conservará la



<b>Nombre de la política:</b> Política de pago con descuento		<b>Política n.º:</b> HW502
<b>División:</b> Organizacional	<b>Manual:</b> Política del Hospital Completo	<b>Página</b> 5 de 6
<b>Fecha de creación:</b> 31/12/2007	<b>Fecha de revisión:</b> 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	<b>Fecha de efectiva:</b> 01/01/2024

documentación escrita concerniente a todas las determinaciones del cuidado de beneficencia. Tal como lo requiere la OSHPD, el cuidado de beneficencia ofrecido a los pacientes se registrará sobre la base de los cargos reales por los servicios prestados.

En cumplimiento de las reglamentaciones adoptadas por el HCAI aprobadas por la Oficina de Leyes Administrativas (Office of Administrative Law) el 8 de agosto de 2007 (Título 22, Secciones 96040-96050), el Director de Servicios Financieros al Paciente presentará una copia electrónica de sus políticas de pago con descuento y cuidado de beneficencia, los procedimientos de elegibilidad y el proceso de revisión (tal como se definen y documentan en una Política del programa de asistencia financiera comprensiva) y el formulario de solicitud de cuidado de beneficencia a la OSHPD al menos una vez cada dos años antes del 1 de enero, comenzando el 1 de enero de 2008, o cuando sea que se realice un cambio importante en la política.

**DISPOSICIONES GENERALES:**

**Igualdad de oportunidades**

El hospital se compromete a respetar las múltiples leyes federales y estatales que prohíben la discriminación por motivos de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, estado civil, orientación sexual, discapacidad, servicio militar o cualquier otra clasificación protegida por las leyes locales, estatales o federales.

**Ayuda para pagar su factura**

Existen organizaciones gratuitas de defensa del consumidor que le ayudarán a comprender el proceso de facturación y pago. Puede llamar a la Health Consumer Alliance al 888-804-3536 o visitar [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org).

**Asistencia lingüística**

Si necesita un formato alternativo accesible para el material anterior o si necesita hablar en otro idioma, póngase en contacto con Servicio al Cliente llamando al 909-865-9100 y ellos podrán ofrecerle un formato alternativo o ponerle en contacto con nuestro servicio de intérpretes para recibir asistencia adicional.

**Programa de quejas sobre facturas del hospital**

El Programa de quejas sobre facturas del hospital es un programa estatal que revisa las decisiones del hospital sobre si usted califica para recibir ayuda para pagar su factura del hospital. Si considera que se le negó erróneamente la asistencia financiera, puede presentar una queja ante el Programa de quejas sobre facturas del hospital. Ingrese a [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov).



<b>Nombre de la política:</b> Política de pago con descuento		<b>Política n.º:</b> HW502
<b>División:</b> Organizacional	<b>Manual:</b> Política del Hospital Completo	<b>Página</b> 6 de 6
<b>Fecha de creación:</b> 31/12/2007	<b>Fecha de revisión:</b> 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	<b>Fecha de efectiva:</b> 01/01/2024

### **Confidencialidad**

Se reconoce que la necesidad de asistencia financiera es un tema sensible y profundamente personal de los beneficiarios. Se mantendrá la confidencialidad de las solicitudes, la información y los fondos para todos los que busquen o reciban asistencia financiera. La orientación del personal y la selección de aquellos encargados de implementar esta política se debe guiar por estos valores. El personal involucrado en las actividades de cobro no deberá revisar la documentación del cuidado de beneficencia.

### **Buena fe**

PVHMC hace arreglos de buena fe para la asistencia financiera para los pacientes calificados y confía en el hecho de que la información presentada por el paciente o el representante de la familia es completa y exacta.

La provisión de asistencia financiera no elimina el derecho a facturar, ya sea en forma retrospectiva o en el momento del servicio, todos los servicios cuando el paciente o el representante de la familia hayan provisto deliberadamente información fraudulenta o incorrecta. Además, PVHMC se reserva el derecho a solicitar todas las compensaciones, que incluyen, entre otros, los daños y perjuicios civiles y penales de aquellos pacientes o representantes de familias que hayan provisto deliberadamente información fraudulenta o incorrecta a fin de calificar para el Programa de asistencia financiera de PVHMC.

**Centro local de asistencia al consumidor:** Una agencia diseñada para proporcionar a los consumidores información sobre coberturas y servicios de atención médica. En California, la Health Consumer Alliance (HCA) fue designada como el programa de defensoría de CCI/Cal Mediconnect con vigencia a partir del 1 de abril de 2014. Hay más información disponible sobre HCA en <http://healthconsumer.org>. Los consumidores pueden llamar al 888-804-3536 para solicitar su redireccionamiento al centro del consumidor correcto.