



<b>Título:</b> Programa de Asistencia Financiera para Pacientes y Descuentos en Pagos		<b>Número:</b> L3003
<b>Manual:</b> Administrativo	<b>Sección:</b> Finanzas	<b>Fecha de entrada en vigor:</b> 25/08/2025

## I. OBJETIVO:

- A.** Para los fines de la Política del Programa de Asistencia Financiera para Pacientes y Descuentos en Pagos, la empresa de CHOC se refiere a la red colectiva de organizaciones de atención médica, servicios y profesionales afiliados a CHOC. La empresa de CHOC incluye las siguientes entidades:
1. Hospital de CHOC: el hospital pediátrico principal ubicado en Orange, California, que brinda servicios médicos especializados y atención a niños.
  2. CHOC en Mission Hospital: una instalación de atención médica ubicada dentro del Providence Mission Hospital en Mission Viejo, California, que ofrece atención pediátrica y servicios especializados.
  3. Especialista de CHOC: un grupo de especialistas pediátricos que brindan atención experta en diversas subespecialidades pediátricas dentro de la red de CHOC.
  4. Red de Atención Primaria de CHOC: una red de profesionales de atención primaria afiliados a CHOC, que ofrece servicios de salud integrales a niños desde el nacimiento hasta la adolescencia.
- Juntas, estas entidades forman CHOC Enterprise (en adelante, CHOC), que ofrece atención pediátrica de alta calidad en diversas especialidades y ubicaciones, y que está sujeta a los términos y condiciones establecidos en esta Política de Asistencia Financiera.
- B.** CHOC se compromete a brindar atención médica de calidad a todos los pacientes, independientemente de su situación financiera. Los pacientes que cumplen los criterios establecidos en el Programa de Asistencia Financiera podrían reunir los requisitos para recibir asistencia financiera y así cubrir de forma total o parcial los costos de su atención médica. Para solicitar asistencia financiera, visite nuestro sitio web ([www.CHOC.org/patients-family/pay-bill](http://www.CHOC.org/patients-family/pay-bill)). CHOC también ofrece beneficios para la comunidad en general en términos de educación médica e investigación médica.
- C.** Bajo esta política, se puede proporcionar asistencia financiera a pacientes que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente y no pueden costear su atención médica ni los gastos de bolsillo. La idoneidad para el Programa de Asistencia Financiera no debe basarse nunca en la edad, el género, la orientación sexual, el origen étnico o nacional, las discapacidades ni la religión.
- D.** En algunos casos, la asistencia financiera puede extenderse a pacientes cuya situación financiera hace que sea inviable o imposible pagar por los servicios médicos necesarios. La evaluación de la necesidad de tratamiento médico en CHOC se basará en el juicio clínico. El juicio clínico del médico del paciente o

<b>Manual:</b> Administrativo	<b>Número:</b> L3003
<b>Sección:</b> Finanzas	<b>Título:</b> Programa de Asistencia Financiera para Pacientes y Descuentos en Pagos

del personal del departamento de emergencias será el único criterio para determinar los servicios que recibe el paciente en CHOC.

- E.** Esta política aplica a todos los pacientes ambulatorios y hospitalizados de CHOC, incluida la CHOC Medical Foundation. CHOC basa la idoneidad para nuestra asistencia financiera en las solicitudes financieras actuales. CHOC no usa fuentes externas para la determinación ni la idoneidad del Programa de Asistencia Financiera (FAP).

## II. DEFINICIONES:

- A. Datos del paciente:** número de historia clínica, nombre del paciente, fecha de nacimiento, estatus de seguro, idoneidad para otro tipo de apoyo.
- B. Familia del paciente:** para los fines de esta política, se define de la siguiente manera:
1. En el caso de personas de 18 años de edad o más, cónyuge, pareja de hecho según lo definido en la Sección 297 del Código de Familia de California; y niños dependientes menores de 21 años de edad, o de cualquier edad si están discapacitados, ya sea que vivan o no en el hogar;
  2. En el caso de personas menores de 18 años o de hijos dependientes de entre 18 y 20 años de edad, ambos inclusive, el progenitor, los cuidadores familiares y los demás hijos dependientes del progenitor o de los cuidadores familiares menores de 21 años de edad, o de cualquier edad si están discapacitados, de conformidad con la Sección 1614(a) de la Parte A del Título XVI de la Ley de Seguridad Social.

## III. POLÍTICA:

- A.** La política de CHOC establece que se debe determinar la idoneidad para la asistencia financiera en el momento del registro, mediante un proceso de análisis financiero de todos los pacientes que no puedan cumplir con los requisitos de depósito de CHOC.
- B.** Esta política distingue entre los pacientes con deudas incobrables y los pacientes que reúnen los requisitos para asistencia financiera al analizar la falta de voluntad de pago del paciente o su familia en contraposición con la incapacidad demostrada de pago. Si el paciente o su familia no cumplen con las solicitudes de información que respalden la incapacidad de pago, podrían perder el derecho de ser considerados para el Programa de Asistencia Financiera.
- C.** El objetivo de CHOC es identificar al paciente que reúne los requisitos para asistencia financiera en el momento del registro. Sin embargo, si la información completa sobre el seguro o la situación financiera del paciente no está disponible por un tratamiento de emergencia, o si la condición financiera del paciente, su garante o su familia cambia, la designación para la asistencia financiera se puede establecer después de que se presten los servicios y, en algunos casos, incluso después de la facturación al paciente.
- D.** Si un médico o profesional clínico del personal desea solicitar asistencia financiera a futuro para un paciente conocido, podrá encontrar el protocolo para solicitarla en Paws, en el banco de formularios en línea.

<b>Manual:</b> Administrativo	<b>Número:</b> L3003
<b>Sección:</b> Finanzas	<b>Título:</b> Programa de Asistencia Financiera para Pacientes y Descuentos en Pagos

- E.** Se mantendrá la confidencialidad de la información y la dignidad de todos los pacientes que busquen o reciban los servicios de asistencia financiera.
- F.** Los pacientes que reciban servicios en la sala de emergencias del hospital también reunirán los requisitos para la asistencia financiera para pagar los honorarios de los médicos de la sala de emergencias. La empresa de facturación del médico de la sala de emergencias se basará en la determinación del hospital de la idoneidad para el FAP, tal y como lo exige la sección 127405(a)(1)(B) del Código de Salud y Seguridad.
- G.** A continuación, se incluye una lista de los proveedores de atención médica, además de aquellos del hospital, que brindan atención médicamente necesaria en el hospital. Para mayor comodidad, están organizados por categoría de atención. La lista indica si los proveedores están cubiertos por el FAP del hospital.

<b>Especialidad médica o departamento</b>	<b>Cubiertos por el FAP del hospital</b>	<b>No cubiertos por el FAP del hospital</b>
<b>Alergia e Inmunología</b>	<b>x</b>	
<b>Anestesiología</b>		<b>x</b>
<b>Enfermedades cardiovasculares</b>	<b>x</b>	
<b>Dental</b>		<b>x</b>
<b>Radiología de diagnóstico</b>	<b>x</b>	
<b>Departamento de emergencias</b>		<b>x</b>
<b>Gastroenterología</b>	<b>x</b>	
<b>Medicina general/de familia</b>	<b>x</b>	
<b>Cirugía general</b>		<b>x</b>
<b>Medicina interna</b>	<b>x</b>	
<b>Neurocirugía</b>		<b>x</b>
<b>Neurología</b>	<b>x</b>	
<b>Obstetricia y Ginecología</b>	<b>x</b>	
<b>Medicina ocupacional</b>	<b>x</b>	
<b>Oncología</b>	<b>x</b>	
<b>Oftalmología</b>	<b>X</b>	
<b>Cirujanos (todos)</b>		<b>x</b>
<b>Otorrinolaringología</b>	<b>x</b>	
<b>Patología</b>		<b>x</b>
<b>Pediatría</b>	<b>x</b>	
<b>Medicina o rehabilitación física</b>	<b>x</b>	
<b>Cirugía plástica</b>	<b>x</b>	
<b>Podología</b>		<b>x</b>
<b>Enfermedades pulmonares</b>	<b>x</b>	

<b>Manual:</b> Administrativo	<b>Número:</b> L3003
<b>Sección:</b> Finanzas	<b>Título:</b> Programa de Asistencia Financiera para Pacientes y Descuentos en Pagos

<b>Radiología terapéutica</b>	<b>x</b>	
<b>Cirugía torácica</b>		<b>x</b>
<b>Urología</b>	<b>x</b>	
<b>Otro: Psiquiatría</b>	<b>x</b>	
<b>Otro: Genética Clínica</b>	<b>x</b>	
<b>Otro: Dermatología</b>	<b>x</b>	
<b>Otro: Endocrinología</b>	<b>x</b>	
<b>Otro: Hematología</b>	<b>x</b>	
<b>Otro: Hospitalistas</b>	<b>x</b>	
<b>Otro: Enfermedades Infecciosas</b>	<b>x</b>	
<b>Otro: Neonatología</b>	<b>x</b>	
<b>Otro: Nefrología</b>	<b>x</b>	
<b>Otro: Reumatología</b>	<b>x</b>	
<b>Otro: Medicina del Sueño</b>	<b>x</b>	

#### IV. PROCEDIMIENTO:

##### A. Idoneidad

1. La identificación de la asistencia financiera se logra a partir de la determinación de la situación financiera del paciente o de su familia. Dicha determinación debe hacerse en el momento del registro o antes, o bien lo más pronto posible. En algunos casos, como en las admisiones de emergencia, quizás no sea posible establecer la idoneidad para el Programa de Asistencia Financiera hasta después del alta del paciente. En estos casos, o en aquellos en los que ocurran eventos durante o después de la estancia de un paciente que cambien la situación financiera del paciente o de la familia del paciente, la idoneidad del paciente para el Programa de Asistencia Financiera no se verá afectada de ninguna manera por el momento en que se determine que el paciente cumple con los criterios de idoneidad.
2. La responsabilidad de identificar la idoneidad de un paciente para el Programa de Asistencia Financiera en o antes del momento de la visita del paciente a CHOC será del departamento que registre al paciente. Esto requerirá que el paciente o la familia del paciente complete una declaración de “Divulgación Financiera”. Esto también puede incluir copias de documentos pertinentes (comprobantes de pago recientes, declaraciones de impuestos u otros documentos) para determinar el ingreso familiar anual del paciente o de su familia. En aquellas situaciones descritas anteriormente, en las que no se puede establecer la idoneidad en el momento del servicio, el Departamento de Servicios Financieros para el Paciente trabajará con el paciente o su familia para determinar dicha idoneidad.
3. Los pacientes o sus familias con seguro también podrían reunir los requisitos para el Programa de Asistencia Financiera por la parte de la

<b>Manual:</b> Administrativo	<b>Número:</b> L3003
<b>Sección:</b> Finanzas	<b>Título:</b> Programa de Asistencia Financiera para Pacientes y Descuentos en Pagos

factura que el seguro no cubra. Esto podría incluir deducibles, coseguros y servicios no cubiertos. La determinación de la idoneidad de un paciente estará sujeta a las mismas directrices que en el caso de los pacientes sin seguro.

4. El paciente, ya sea que tenga o no seguro, que tenga costos médicos elevados puede reunir los requisitos para el programa de asistencia financiera. Esto incluía a los pacientes que incurrieran en un gasto anual de su bolsillo en el hospital superior al 10 % de los ingresos familiares en los 12 meses anteriores. Gastos de bolsillo se refiere a cualquier gasto por atención médica que no sea reembolsado por un seguro o un programa de cobertura médica.
5. Período de calificación.
  - a. Los pacientes que reúnan los requisitos pueden recibir asistencia financiera durante seis meses.
6. **Cálculo del monto de asistencia financiera.**
  - a. CHOC obtendrá información sobre los ingresos de la familia del paciente. Esto incluye salarios y sueldos, pagos de prestaciones sociales, pagos del seguro social, beneficios por huelga, beneficios de desempleo, manutención infantil, cuotas alimenticias, dividendos e intereses. El ingreso total de la familia se comparará con la tabla (consulte el anexo A) para determinar la idoneidad del paciente para la asistencia financiera según las pautas federales de pobreza. Los pacientes sin seguro o aquellos con costos médicos altos cuyos ingresos familiares anuales equivalen al 550 % o menos de las pautas de pobreza reunirán los requisitos para solicitar asistencia financiera. La asistencia financiera puede considerarse de forma parcial para los pacientes con ingresos superiores al 400 % de las pautas de pobreza e inferiores al 550 %.
  - b. Aquellas familias con un ingreso anual del 400 % o menos de las pautas federales de pobreza reunirán los requisitos para un ajuste de asistencia financiera del 100 %. Los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente cuyos ingresos familiares, según se determine a partir de la solicitud de asistencia, sean del 400 % o menos de las pautas de pobreza recibirán atención sin costo.
  - c. Al brindar atención médica de beneficencia, CHOC debe, por ley, considerar los montos que suelen facturarse a las personas con seguros que cubren emergencias u otra atención de necesidad médica (“montos generalmente facturados” o AGB), y debe garantizar que los pacientes que reciben atención de beneficencia no paguen más que los AGB por otros servicios que sean necesarios por razones médicas.
  - d. Los pacientes de CHOC Community Clinic reúnen los requisitos para la asistencia financiera según lo descrito en esta política, utilizando el Anexo B para calcular la escala variable del copago por

<b>Manual:</b> Administrativo	<b>Número:</b> L3003
<b>Sección:</b> Finanzas	<b>Título:</b> Programa de Asistencia Financiera para Pacientes y Descuentos en Pagos

visita para los pacientes que estén por debajo del 200 % de las pautas federales de pobreza.

- e. En el caso de los pacientes que soliciten asistencia financiera y reciban una aprobación total o parcial, la aprobación de la asistencia se enviará a la compañía a cargo de la facturación del médico de la sala de emergencias. La empresa de facturación del médico de la sala de emergencias se basará en la determinación del hospital de la idoneidad para el FAP, tal y como lo exige la sección 127405(a)(1)(B) del Código de Salud y Seguridad.

7. **Política de descuentos en pagos**

- a. En el caso de los pacientes con ingresos entre el 401 % y el 450 % del nivel federal de pobreza, el hospital puede ofrecer una escala de descuento en tarifas para pago privado, en la que los gastos médicos permitidos equivaldrían a un descuento del 75 % de lo facturado. En este nivel, el reembolso que recibiría CHOC no debe exceder el pago que CHOC recibiría por el mismo servicio o conjunto de servicios de parte de Medicare o Medi-Cal, el que sea mayor.
- b. En el caso de los pacientes sin seguro con ingresos entre el 451 % y el 550 % del nivel federal de pobreza, CHOC puede ofrecer una escala de descuento en tarifas para pago privado, en la que los gastos médicos permitidos equivaldrían a un descuento del 50 % de lo facturado. En este nivel, el reembolso que recibiría CHOC no debe exceder el pago que CHOC recibiría por el mismo servicio o conjunto de servicios de parte de Medicare o Medi-Cal, el que sea mayor.

- 8. Las pautas de idoneidad del Programa de Asistencia Financiera de CHOC se basan en las pautas federales de pobreza más recientemente publicadas. El Anexo A indica los límites de ingresos del hogar según las pautas federales de pobreza, publicadas anualmente.

9. **Idoneidad para el Plan de Pago Mensual**

- a. Los pacientes o las familias de pacientes que califiquen y estén aprobados según el Programa de Asistencia Financiera para un descuento parcial sobre los costos también reunirán los requisitos para hacer pagos mensuales. CHOC y la familia del paciente pueden negociar los términos del plan de pago. Si no se puede llegar a un acuerdo entre la familia del paciente y CHOC, la familia del paciente deberá completar un formulario del plan de pago extendido del FAP de CHOC (anexo C). Al recibir este formulario completo, CHOC evaluará los ingresos mensuales totales de la familia menos los gastos de vida esenciales de la familia. Luego, se ofrecerá un plan de pago mensual a la familia con una tasa que no exceda el 10 % de los ingresos menos los gastos de vida esenciales. Durante el período de pago aprobado, CHOC no aplicará intereses al saldo de la cuenta con descuento.

<b>Manual:</b> Administrativo	<b>Número:</b> L3003
<b>Sección:</b> Finanzas	<b>Título:</b> Programa de Asistencia Financiera para Pacientes y Descuentos en Pagos

- b. Un plan de pago con descuento extendido podría ser declarado inoperante después de que el paciente o la familia del paciente no realicen pagos consecutivos durante un período de 90 días. Antes de declarar inoperante un plan de pago extendido, CHOC, o su agencia de cobranza o cesionarios, deben hacer un intento razonable de notificar al paciente o la familia del paciente por teléfono o al último número de teléfono conocido y por escrito al último domicilio conocido, informando que el plan de pago extendido podría volverse inoperante y que podría haber una oportunidad para renegociarlo si lo solicita el paciente o la familia del paciente.

**B. Excepciones:**

1. Se entiende que pueden surgir circunstancias atenuantes que exijan una consideración especial al aprobar la asistencia financiera para pacientes que no cumplen los criterios establecidos. Los representantes de CHOC deben tener en cuenta esto al evaluar los casos individuales de los pacientes para el Programa de Asistencia Financiera. Si bien no es posible brindar una lista definitiva o completa de todas las circunstancias atenuantes que pueden surgir, estos son algunos factores importantes que se deben considerar:
  - a. El monto que adeuda el paciente o su familia en relación con sus ingresos totales. Si el total de los costos de bolsillo del paciente en CHOC excede el 10 % del ingreso anual del paciente o de su familia durante los últimos 12 meses.
  - b. La situación médica del paciente o del profesional médico de su familia.
  - c. La voluntad del paciente o de su familia de trabajar con CHOC hasta agotar todas las demás formas de pago.
2. Cualquier circunstancia que se considere dentro de la categoría de "circunstancias atenuantes" debe ser puesta en conocimiento del director de servicios financieros para pacientes. Los casos que caigan en esta categoría pueden requerir la aprobación del vicepresidente de finanzas o del director financiero

**C. Proceso de aprobación, denegación o apelación del Programa de Asistencia Financiera**

1. Todas las cuentas de pacientes recomendadas para un ajuste de asistencia financiera total o parcial, después de cumplir con las pautas establecidas en esta política, deben seguir este proceso de aprobación de firmas:
  - a. **CHOC (hospital y clínicas)**

Hasta \$2,000	Asociado de Ciclo de Ingresos
Hasta \$10,000	Supervisor de la División de Ciclo de Ingresos
Hasta \$50,000	Gerente de la División de Ciclo de Ingresos

<b>Manual:</b> Administrativo	<b>Número:</b> L3003
<b>Sección:</b> Finanzas	<b>Título:</b> Programa de Asistencia Financiera para Pacientes y Descuentos en Pagos

Hasta \$100,000	Director de la División de Ciclo de Ingresos
Hasta \$250,000	Director sénior/ejecutivo
Hasta \$1,000,000	Vicepresidente de Ciclo de Ingresos
Más de \$1,000,000	Director financiero

**b. Fundación médica de CHOC**

Hasta \$2,000	Asociado de Ciclo de Ingresos
Hasta \$10,000	Supervisor de la División de Ciclo de Ingresos
Hasta \$50,000	Gerente de la División de Ciclo de Ingresos
Hasta \$100,000	Director de la División de Ciclo de Ingresos
Hasta \$250,000	Director sénior/ejecutivo
Hasta \$1,000,000	Vicepresidente de Ciclo de Ingresos
Más de \$1,000,000	Director financiero

2. Cuando se tome una decisión para aprobar o denegar una cuenta de paciente para el Programa de Asistencia Financiera, se enviará una carta al paciente como notificación de la decisión tomada. Si se rechaza una solicitud para el Programa de Asistencia Financiera, un representante de CHOC se comunicará con el paciente o con su familia para acordar los pagos de la cuenta.
3. **Proceso de apelación:**  
Si en cualquier momento durante el proceso de aprobación de la asistencia financiera la solicitud se pone en duda, el paciente o su familia tienen derecho a solicitar que se reconsidere la solicitud en el próximo nivel del proceso de aprobación. La determinación final de denegación de la asistencia financiera dependerá únicamente del vicepresidente ejecutivo y del jefe de Finanzas, y su decisión se considerará definitiva.
4. La apelación del paciente o de su familia debe enviarse por escrito al director de Cuentas de Pacientes dentro de los treinta (30) días desde la notificación de denegación original.
5. La provisión del Programa de Asistencia Financiera no elimina el derecho a facturar, ya sea de forma retrospectiva o en el momento del servicio, por todos los servicios si se brinda información fraudulenta, imprecisa o incompleta durante el proceso de solicitud. Además, CHOC se reserva el derecho de reclamar una compensación por daños civiles y criminales, entre otros, causados por quienes brindaron información falsa, imprecisa o incompleta para calificar para el Programa de Asistencia Financiera.

**D. Programa de Asistencia Financiera: Notificación al paciente o a su familia**

<b>Manual:</b> Administrativo	<b>Número:</b> L3003
<b>Sección:</b> Finanzas	<b>Título:</b> Programa de Asistencia Financiera para Pacientes y Descuentos en Pagos

1. En los estados de cuenta de los pacientes de CHOC se proporciona notificación sobre la política del Programa de Asistencia Financiera de CHOC y se detalla la información de contacto para obtener información adicional sobre la asistencia. Esta notificación incluirá una hoja con la siguiente declaración en inglés y en los 15 idiomas más hablados por las personas con conocimientos limitados de inglés (LEP, por sus siglas en inglés) en California, según lo determinado por el Departamento Estatal de Servicios de Atención Médica. “ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al [número de teléfono donde los pacientes pueden obtener más información]. La oficina está abierta [horario de oficina] y se está ubicada en [información sobre la ubicación de la oficina]. También hay disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille, letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles. Estos servicios son gratuitos”. Además, todos los estados de cuenta de los pacientes incluirán información sobre cómo la familia del paciente puede obtener información sobre California Health Benefit Exchange, así como también sobre los planes de salud financiados por el condado y el estado. El hospital tendrá solicitudes para los planes estatales y del condado disponibles para su distribución.
2. Se deberá publicar un resumen del Programa de Asistencia Financiera en inglés y en español, junto con la información de contacto, en áreas de CHOC de alto tránsito, como el área de Admisión, la sala de emergencias, las clínicas, el área de registro ambulatorio y las oficinas de Contabilidad para Pacientes.
3. CHOC brindará aviso del Programa de Asistencia Financiera y la información de contacto a todos los pacientes con pago por cuenta propia en el lugar del servicio, y también les brindará información sobre los programas patrocinados por el Gobierno e información de contacto sobre California Health Benefit Exchange.

**E. Proceso de cobro:**

1. Si un paciente califica para la asistencia del Programa de Asistencia Financiera y se está esforzando por saldar una factura pendiente dentro de un período razonable, CHOC o su agente no enviarán ni amenazarán con enviar la cuenta impaga a una agencia externa si esto perjudica el crédito del paciente. Si CHOC se ve obligado a enviar la cuenta a una agencia de cobros externa, el monto remitido a la agencia debe reflejar el nivel de pago reducido para el que el paciente reunía los requisitos según el Programa de Asistencia Financiera. CHOC no se involucrará en esfuerzos de cobro extraordinarios. Si el paciente realiza pagos en su cuenta de CHOC que exceden el monto total a cargo del paciente, CHOC le reembolsará los pagos excedentes junto con el interés acumulado a la tasa establecida en las leyes aplicables desde el día en que el hospital recibe el pago del paciente y este se identifica como crédito del paciente. Sin embargo, CHOC no está obligado a reembolsar al paciente ni a pagar intereses si la cantidad

<b>Manual:</b> Administrativo	<b>Número:</b> L3003
<b>Sección:</b> Finanzas	<b>Título:</b> Programa de Asistencia Financiera para Pacientes y Descuentos en Pagos

adeudada es menor a \$5.00. El hospital reconocerá el crédito de \$5.00 por un mínimo de 60 días para los saldos del paciente acumulados durante ese período.

2. Al tratar con pacientes identificados como sin seguro en un nivel equivalente o inferior al 400 % del nivel federal de pobreza, CHOC no recurrirá a embargos de salario ni a derechos de retención sobre la residencia principal del paciente o de su familia como forma de cobrar las facturas de CHOC impagas. Este requisito no impide que CHOC solicite un reembolso en acuerdos de responsabilidad de terceros.

**F. Documentación para los descuentos del Programa de Asistencia Financiera**

Cuando ya se haya determinado que un paciente califica para el Programa de Asistencia Financiera, es importante que el expediente del paciente esté debidamente documentado para facilitar la identificación rápida del paciente y para mantener un registro apropiado de los hechos que llevaron a la determinación de la idoneidad para la asistencia financiera. La documentación mínima que puede exigirse para cada caso de asistencia financiera puede limitarse a una de las siguientes:

1. Una copia de la ficha de divulgación financiera completa del paciente o de su familia, incluida su documentación de respaldo (es decir, declaraciones de impuestos del año anterior [preferido], formularios W-2 o comprobantes de pago actuales).
2. Copias de documentos adicionales, notas, etc., que detallen las circunstancias atenuantes que se consideraron al determinar la idoneidad para el Programa de Asistencia Financiera (si está disponible o es necesario).
3. Una copia de la “Aprobación de asistencia financiera” firmada por el representante del hospital que corresponda (si está disponible).
4. Bancarrota en el último año (calificación automática para el Programa de Asistencia Financiera).

**G. Informes**

La asistencia financiera debe registrarse con la siguiente información:

1. Los datos del paciente que constituyan información de salud protegida (PHI) se almacenarán de forma que se proteja la privacidad y la confidencialidad de dicha información, y solo se registrarán si son necesarios para implementar el Programa de Asistencia Financiera.
  - a. Estado como paciente hospitalizado o ambulatorio.
  - b. Cargos totales del paciente
  - c. Gastos de la asistencia financiera, aprobados y denegados
  - d. Fecha de la aprobación o denegación
  - e. Justificación de cualquier rechazo
2. Todos los expedientes de solicitud son confidenciales y se mantendrán en un lugar seguro durante un mínimo de tres años después de la fecha de la solicitud y la finalización de la auditoría del cierre del año fiscal de CHOC. Todos los registros del Programa de Asistencia Financiera se mantendrán

<b>Manual:</b> Administrativo	<b>Número:</b> L3003
<b>Sección:</b> Finanzas	<b>Título:</b> Programa de Asistencia Financiera para Pacientes y Descuentos en Pagos

durante un período de siete (7) años. Al final del período respectivo, toda la información se destruirá o se almacenará de modo que se proteja la privacidad y confidencialidad del paciente.

3. No se puede modificar esta política para eliminar o reducir los beneficios de los beneficiarios. El Departamento de Cumplimiento debe aprobar previamente cualquier cambio propuesto para esta política.

## V. REFERENCIAS:

- A. Revenue Cycle Management, Zimmerman and Associates. Diciembre de 2002.
- B. California Hospital Association, Voluntary Principles and Guidelines for Assisting Low-Income Uninsured Patient, 6 de febrero de 2004.
- C. American Hospital Association, Statement of Principles and Guidelines on Hospital Billing and Collection Practices, 27 de abril de 2004.
- D. Assembly Bill 774 Chan-Hospitals: fair pricing policies.
- E. California Hospital Association, Charity Care Requirements Implementation AB 774, 3 de noviembre de 2006.
- F. Código de Regulaciones de Barclays, California, Título 22, Capítulo 7, Sección 75049.
- G. Departamento de Salud y Servicios Humanos, Pautas Federales de Ingresos de Pobreza. <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- H. Estatuto del Programa de Centros de Salud: sección 330 de la Ley de Servicios de Salud Pública (42 U.S.C. 254b).
- I. Regulaciones del programa, Código de Regulaciones Federales (CFR) 42, Parte 51c y 42 CFR, Partes 56.201 a la 56.604 para Centros comunitarios y de salud para migrantes, edición de la AFL del CDPH sobre Políticas de precios justos para los hospitales de California, 5 de noviembre de 2014.

## COLABORADORES, APROBACIONES E HISTORIAL DE LA POLÍTICA

Contribuidores de la Política	
Facilitador:	Gerente de cuentas de pacientes
Colaboradores de la política	
Jefe del departamento:	Director ejecutivo de Ciclo de Ingresos
Miembro del equipo de dirección ejecutiva:	Ken Baxter, vicepresidente de ciclo de ingresos

**Anexo A**

<b>Pautas federales de pobreza publicadas para 2025</b>				
<b>Cantidad de miembros del grupo familiar</b>	<b>Hasta el 100 %</b>	<b>Hasta el 400 %</b>	<b>Hasta el 450 %</b>	<b>Hasta el 550 %</b>
<b>1</b>	<b>\$15,650</b>	<b>\$62,600</b>	<b>\$70,425</b>	<b>\$86,075</b>
<b>2</b>	<b>\$21,150</b>	<b>\$84,600</b>	<b>\$95,175</b>	<b>\$116,325</b>
<b>3</b>	<b>\$26,650</b>	<b>\$106,600</b>	<b>\$119,925</b>	<b>\$146,575</b>
<b>4</b>	<b>\$32,150</b>	<b>\$128,600</b>	<b>\$144,675</b>	<b>\$176,825</b>
<b>5</b>	<b>\$37,650</b>	<b>\$150,600</b>	<b>\$169,425</b>	<b>\$207,075</b>
<b>6</b>	<b>\$43,150</b>	<b>\$172,600</b>	<b>\$194,175</b>	<b>\$237,325</b>
<b>7</b>	<b>\$48,650</b>	<b>\$194,600</b>	<b>\$218,925</b>	<b>\$267,575</b>
<b>8</b>	<b>\$54,150</b>	<b>\$216,600</b>	<b>\$243,675</b>	<b>\$297,825</b>
<b>Descuento</b>	<b>100 %</b>		<b>75 %</b>	<b>50 % Pacientes sin seguro</b>

## Anexo B

<b>Escala de honorarios variables</b> <b>Pautas de ingresos según el nivel federal de pobreza (FPL) mensual bruto</b> Por tamaño de familia. Válido para 2025.			
<b>Código del plan de salud</b>	<b>Atención primaria de beneficencia</b>	<b>Pago por cuenta propia, acuerdos especiales</b>	<b>Pago por cuenta propia</b>
<b>Pautas del FPL</b>	<b>100 % o menos</b>	<b>101 % - 200 %</b>	<b>Más del 200 %</b>
<b>Cant. de personas por familia</b>			
<b>1</b>	\$0-\$1,304	\$1,305 -\$2,608	Más de \$2,609
<b>2</b>	\$1,763	\$1,764 - \$3,525	Más de \$3,526
<b>3</b>	\$2,221	\$2,222 - \$4,442	Más de \$4,443
<b>4</b>	\$2,679	\$2,680 - \$5,358	Más de \$5,359
<b>5</b>	\$3,138	\$3,139 - \$6,275	Más de \$6,276
<b>6</b>	\$3,596	\$3,597 - \$7,192	Más de \$7,193
<b>7</b>	\$4,054	\$4,055 - \$8,108	Más de \$8,109
<b>8</b>	\$4,513	\$4,514 - \$9,025	Más de \$9,026
<b>CMG</b>	\$10; visita por enfermedad	\$60; visita nueva por enfermedad \$40; visita por enfermedad para pacientes establecidos	\$85; visitas parciales y visitas no programadas
<b>Tarifa por servicio</b>	\$0; solo administración de vacuna contra la gripe  Los servicios de WCC aplican a Gateway	\$25; solo administración de vacuna contra la gripe Los servicios de WCC aplican a Gateway	\$25; solo administración de vacuna contra la gripe \$100; visita completa de bienestar
<b>Breathmobile</b>	\$25; visita al consultorio	\$25; visita al consultorio	\$25; visita al consultorio
<b>Tarifa por servicio</b>	\$0; solo administración de vacuna contra la gripe	\$25; solo administración de vacuna contra la gripe	\$25; solo administración de vacuna contra la gripe
<b>Análisis de laboratorio</b>	“Facturar al paciente” A menos que pague al momento de la consulta a tarifas de clínica reducidas,	“Facturar al paciente” A menos que pague al momento de la consulta a tarifas de clínica reducidas,	“Facturar al paciente” (recibe la factura del laboratorio/radiología a las tarifas regulares)

	luego “facturar a la clínica”	luego “facturar a la clínica”	
<b>Radiología</b>	“Facturar al paciente”	“Facturar al paciente”	“Facturar al paciente” (recibe factura de radiología con las tarifas habituales)
<b>Medicamentos recetados</b>	Receta entregada El paciente paga	Receta entregada El paciente paga	Receta entregada El paciente paga
<b>Suministros</b> (es decir, cámaras de inhalación, muletas)	Del inventario de la clínica, según sea necesario	Del inventario de la clínica, según sea necesario	

**Anexo C**  
**Formulario de plan de pago extendido del FAP de CHOC/CCMH**

<b>Fecha:</b>	<b>Fecha de atención:</b>
<b>Nombre del paciente:</b>	<b>ADJ</b> <b>Fecha:</b>
<b>Ingreso mensual: \$</b>	
<b>Menos gastos esenciales de vida:</b>	
<b>Alquiler o pagos del hogar</b>	\$
<b>Mantenimiento</b>	\$
<b>Comida</b>	\$
<b>Provisiones para el hogar</b>	\$
<b>Servicios públicos</b>	\$
<b>Ropa</b>	\$
<b>Gastos médicos</b>	\$
<b>Seguro</b>	\$
<b>Escuela o cuidado infantil</b>	\$
<b>Manutención infantil/conyugal</b>	\$
<b>Transporte</b>	\$
<b>Gastos del automóvil, combustible, reparaciones, seguro</b>	\$
<b>Pagos del automóvil</b>	\$
<b>Lavandería y limpieza</b>	\$
<b>Gastos totales</b>	<b>\$</b>

**Ingresos totales después de los gastos de subsistencia**      \$ \_\_\_\_\_

**Plan de pago extendido, pagos mensuales**                      \$ \_\_\_\_\_