



Título: Programa de Asistencia Financiera para Pacientes y Descuentos en Pagos		Número: L3003
Manual: Administrativo	Sección: Finanzas	Fecha de entrada en vigor: 09/28/2026

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 calificar 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). CHOC también proporciona beneficios para la comunidad en general en lo que se refiere a educación 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 elegibilidad 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.

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

- 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 criterio clínico. El criterio clínico del médico del paciente o del médico del Departamento de Emergencias será el único criterio determinante para que el paciente reciba servicios en CHOC. CHOC no adoptará medidas que desincentiven a las personas a buscar atención médica de emergencia.

II. ALCANCE:

Esta política es aplicable a todos los pacientes hospitalizados y ambulatorios de CHOC, incluyendo la Fundación Médica de CHOC y toda la atención de emergencia y médicamente necesaria. CHOC basa la elegibilidad para nuestra asistencia financiera en las solicitudes financieras actuales. CHOC no usa fuentes externas para la determinación ni la elegibilidad del Programa de Asistencia Financiera (FAP).

III. DEFINICIONES:

- A. Monto generalmente facturado (AGB):** la metodología de revisión retrospectiva que utiliza CHOC para calcular un límite de los cargos aplicables a los participantes del Programa de Asistencia Financiera.
- B. Atención de beneficencia:** atención médica gratuita.
- C. Programa de beneficios de repartición de costos (CSBP):** programa basado en la membresía en el que un miembro paga una cuota regular, por lo general mensual, que se distribuye cada mes entre los miembros que necesitan ayuda para cubrir sus gastos médicos. Por lo general, los programas de beneficios no aceptan que se les facture directamente y tienen un acuerdo con sus miembros para reembolsarles sus gastos médicos.
- D. Pago con descuento:** cargos por atención médica que se reducen, pero no se eliminan por completo.
- E. Datos del paciente:** número de expediente médico, nombre del paciente, fecha de nacimiento, estatus de seguro, elegibilidad para otro tipo de apoyo.
- F. Familia del paciente:** a efectos de esta política, se incluye lo siguiente:
1. Para las personas que tengan 18 años o más, el cónyuge, la pareja de hecho tal como se define en la sección 297 del Código de la Familia de California y los hijos dependientes menores de 21 años, o discapacitados de cualquier edad, vivan o no en el domicilio;
 2. Para las personas menores de 18 años o los hijos dependientes de entre 18 y 20 años, inclusive: los padres, los familiares cuidadores y los demás hijos dependientes de los padres o familiares cuidadores menores de 21 años, o de cualquier edad si tienen una

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

discapacidad, de conformidad con la sección 1614(a) de la parte A del título XVI de la Ley del Seguro Social.

IV. POLÍTICA:

- A.** La política de CHOC establece que se debe determinar la elegibilidad 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 elegibles 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 elegible 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 debido a 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.** En caso de que un médico o clínico del personal desee potencialmente buscar asistencia financiera para un paciente conocido, se puede encontrar el protocolo para solicitar asistencia financiera en Paws, ubicado en el banco de formularios en Internet.
- E.** Se mantendrá la confidencialidad de la información y la dignidad del paciente para todos los que soliciten o reciban servicios de asistencia financiera.
- F.** Los pacientes que reciban servicios en la Sala de Emergencias del hospital también serán elegibles para recibir asistencia financiera para pagar los honorarios médicos de la sala de emergencias. La empresa de facturación de los médicos de la sala de emergencias se basará en la determinación del hospital sobre la elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera, según lo exige la sección 127405(a)(1)(B) del Código de Salud y Seguridad.
- G.** A continuación, se presenta una lista de proveedores que no son del propio hospital, que brindan atención médicamente necesaria en el hospital. Para mayor comodidad, se enumeran por categoría de atención. La lista indica si los proveedores están cubiertos por el FAP del hospital.

Especialidad médica o departamento	Cubiertos por el FAP del hospital	No cubiertos por el FAP del hospital
---	--	---

Manual: Administrativo**Número:** L3003**Sección:** Finanzas**Título:** Programa de Asistencia Financiera para
Pacientes y Descuentos en Pagos

Alergia e Inmunología	x	
Anestesiología		x
Afecciones cardiovasculares	x	
Dental		x
Radiología de diagnóstico	x	
Departamento de emergencias		x
Gastroenterología	x	
Medicina general/de familia	x	
Cirugía general		x
Medicina interna	x	
Neurocirugía		x
Neurología	x	
Obstetricia y Ginecología	x	
Medicina ocupacional	x	
Oncología	x	
Oftalmología	x	
Cirujanos (todos)		x
Otorrinolaringología	x	
Patología		x
Pediatría	x	
Medicina o rehabilitación física	x	
Cirugía plástica	x	
Podología		x
Neumopatía	x	
Radiología terapéutica	x	
Cirugía torácica		x
Urología	x	
Otro: Psiquiatría	x	
Otro: Genética clínica	x	
Otro: Dermatología	x	
Otro: Endocrinología	x	
Otro: Hematología	x	
Otro: Hospitalistas	x	
Otro: Infectología	x	
Otro: Neonatología	x	
Otro: Nefrología	x	

Copyright 2026. Children's Hospital of Orange County. Todos los derechos reservados. Ninguna sección de este material puede reproducirse en ningún formato sin la autorización por escrito de la Administración del CHOC.

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

Otro: Reumatología	x	
Otro: Medicina del Sueño	x	

V. PROCEDIMIENTO:

A. Elegibilidad

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 elegibilidad 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 elegibilidad 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 elegibilidad.
2. La responsabilidad de identificar la elegibilidad 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 su familia llenen una declaración de "Divulgación Financiera". Esto también puede incluir copias de la documentación pertinente (talones de pago recientes, declaraciones de impuestos u otros documentos) para determinar el ingreso familiar anual y los activos personales del paciente o de su familia. En aquellos casos, descritos anteriormente, en los que la elegibilidad no pueda establecerse en el momento del servicio, el Centro de Recursos Financieros para Familias de CHOC trabajará con el paciente o la familia para determinar la elegibilidad.
3. Un paciente o la familia de un paciente que tenga seguro también pueden ser elegibles para el Programa de Asistencia Financiera para la parte de la factura que no cubra el seguro. Esto podría incluir deducibles, coseguros y servicios no cubiertos. La determinación de la elegibilidad de un paciente estará sujeta a las mismas directrices que las de un paciente sin seguro.
4. Los pacientes, tengan seguro o no, que tengan costos médicos elevados podrían ser elegibles para el Programa de Asistencia Financiera. Esto incluye a los pacientes cuyos gastos de bolsillo anuales, incluidos los gastos médicos generados en el Hospital y fuera de él, superen el 10 % de los ingresos familiares de los 12 meses anteriores. Los gastos de bolsillo son gastos de atención médica que no reembolsa un seguro ni un programa de cobertura

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

de salud. No se considerarán los gastos en que incurra el garante que no estén relacionados con el paciente. Se deben incluir los recibos o facturas de los gastos pagados con la solicitud de asistencia financiera del garante. No se aceptará una declaración firmada como comprobante de costos médicos elevados.

5. Proceso de solicitud

- a. Para solicitar el Programa de Asistencia Financiera y una determinación de elegibilidad, el paciente o garante debe presentar una solicitud de asistencia financiera completa al Centro de Recursos Financieros para Familias de CHOC.
- b. Las solicitudes de asistencia financiera están disponibles en nuestro sitio web (www.CHOC.org/patients-family/pay-bill). Puede obtener la solicitud de asistencia financiera y ayuda con el proceso de solicitud comunicándose con el Centro de Recursos Financieros para Familias de CHOC al 714-509-8600. Las solicitudes de asistencia financiera se pueden enviar por correo electrónico o por correo postal de USPS sin costo adicional. Las solicitudes también se pueden obtener en el Departamento de Asesoramiento Financiero de CHOC en 1201 W. La Veta Avenue, Orange, California 92868
- c. Al evaluar la elegibilidad para el pago con descuento, el hospital puede exigir que el paciente o garante participe en una evaluación de elegibilidad para Medi-Cal. El hospital no exigirá que un paciente solicite Medicare, Medi-Cal u otra cobertura antes de evaluar su elegibilidad para un pago con descuento u otorgárselo. El hospital puede exigir que un paciente solicite Medicare, Medi-Cal u otra cobertura antes de evaluar su elegibilidad para atención de beneficencia u otorgársela.
- d. El paciente o garante hará todo lo razonablemente posible por presentar documentación de los ingresos del paciente o de la familia antes de que se considere la solicitud. Los ingresos se deben verificar mediante las declaraciones de impuestos del año más reciente o comprobantes de pago recientes. Como alternativa, se pueden presentar otros comprobantes de ingresos.
- e. Si el padre, la madre o el garante no tiene ingresos o no puede presentar documentación de ingresos, CHOC puede, a su exclusiva discreción, exigir al paciente o garante que presente una declaración jurada firmada bajo pena de perjurio que indique: (i) la veracidad de la información de ingresos proporcionada en la solicitud de asistencia financiera; (ii) el motivo por el que no presentó

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

documentación de ingresos; y (iii) si no tiene ingresos, cómo se mantiene a sí mismo y a su familia.

6. Período de calificación.
 - a. Los pacientes que califiquen pueden recibir asistencia financiera durante seis meses.
7. **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 (ver el Anexo A) para determinar la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera según las Directrices Federales de Pobreza. Los pacientes no asegurados o los pacientes con gastos médicos elevados cuyos ingresos familiares anuales sean iguales o inferiores al 550 % de las pautas de pobreza serán elegibles 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 serían elegibles 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 servicios de emergencia y otros servicios que sean necesarios por razones médicas.
 - d. Los pacientes de CHOC Community Clinic son elegibles para la asistencia financiera según lo detallado en esta política; se usa el anexo B para calcular la escala móvil del copago por visita para los pacientes que estén por debajo del 550 % 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

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

cargo de la facturación del médico de la sala de emergencias. La empresa de facturación de los médicos de la sala de emergencias se basará en la determinación del hospital sobre la elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera, según lo exige la sección 127405(a)(1)(B) del Código de Salud y Seguridad.

8. **Política de descuentos en pagos**
 - a. En el caso de los pacientes con ingresos familiares entre el 401 % y el 450 % del nivel federal de pobreza, el hospital ofrecerá 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, los pacientes aceptados para un pago con descuento no tendrán cargos superiores al monto generalmente facturado (AGB) por atención de emergencia y otros servicios médicamente necesarios.
 - b. En el caso de los pacientes sin seguro con ingresos familiares entre el 451 % y el 550 % del nivel federal de pobreza, CHOC ofrecerá 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, los pacientes aceptados para un pago con descuento no tendrán cargos superiores al monto generalmente facturado (AGB) por atención de emergencia y otros servicios médicamente necesarios.
9. Las pautas de elegibilidad del Programa de Asistencia Financiera de CHOC se basan en las pautas federales de pobreza más recientemente publicadas. En el Anexo A se indican los límites de ingresos del grupo familiar según las pautas federales de pobreza, publicadas anualmente.
10. Si se aprueba la asistencia financiera para un paciente o garante, se ajustarán todas las cuentas que tengan un saldo pendiente de pago directo al momento de la determinación, de acuerdo con el porcentaje de descuento para el que sea elegible conforme a la solicitud.
11. CHOC utilizará el siguiente método para calcular el AGB. Se aplicará un método anual retrospectivo que, tras el cierre del ejercicio fiscal anterior, revisará las reclamaciones reales pagadas al hospital por Medicare de pago por servicio, todas las aseguradoras de salud privadas y el CSBP.
12. No se realizará una determinación final de inelegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera hasta al menos 150 días después de la facturación inicial.

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

13. **Elegibilidad presunta:** además del proceso de solicitud manual, se puede presumir que los pacientes reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera según lo siguiente:
 - a. Situación de persona sin hogar o refugiada cuando no haya información demográfica disponible sobre el paciente.
 - b. Evidencia obtenida mediante una herramienta de evaluación de terceros, independientemente de la cobertura de seguro.
 - c. Elegibilidad previa: los pacientes que califiquen pueden recibir asistencia financiera durante seis meses.
14. **Elegibilidad 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 serán elegibles 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. 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.

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

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 sustentador 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 entran 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 del Ciclo de Ingresos
Hasta \$10,000	Supervisor de la División del Ciclo de Ingresos
Hasta \$50,000	Gerente de la División del Ciclo de Ingresos
Hasta \$100,000	Director de la División del Ciclo de Ingresos
Hasta \$250,000	Director sénior o ejecutivo
Hasta \$1,000,000	Vicepresidente del Ciclo de Ingresos
Más de \$1,000,000	Director financiero

b. CHOC Medical Foundation

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

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

2. En el momento en que se tome la decisión de aprobar o denegar la cuenta de un 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, inexacta o incompleta durante el proceso de solicitud. Además, CHOC se reserva el derecho a buscar todos los recursos, incluidos, entre otros, daños civiles y penales de aquellos que hayan proporcionado información falsa, inexacta o incompleta con el fin de calificar para el Programa de Asistencia Financiera.

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

1. Los estados de cuenta de los pacientes de CHOC incluirán una notificación sobre la política del Programa de Asistencia Financiera de CHOC e información de contacto para obtener más información

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

sobre la asistencia. Esta notificación deberá incluir una hoja con el siguiente aviso, en inglés y en los 15 idiomas principales hablados por las personas con dominio limitado del inglés (LEP) en California, según lo determine el Departamento de Servicios de Atención Médica de California. “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 atención de la oficina] y se encuentra en [información de la ubicación de la oficina]. También se encuentran disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille, letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles. Estos servicios son gratuitos”. Además, en todos los estados de cuenta de los pacientes se explica 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 dispondrá de solicitudes para los planes estatales y del condado 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 era elegible 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

Manual: Administrativo	Número: L3003
Sección: Finanzas	Título: 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 busque el reembolso de acuerdos de responsabilidad de terceros.

F. Reembolso de sobrecargos

1. CHOC reembolsará a los pacientes los montos pagados que excedan el monto adeudado conforme al FAP, incluidos los intereses aplicables dentro de los 30 días posteriores a la aprobación de su solicitud de asistencia financiera.
2. Se considerarán los siguientes montos pagados en exceso del monto adeudado conforme al Programa de Asistencia Financiera para Pacientes y Pago con Descuento:
 - a. Todo pago efectuado para cubrir el saldo pendiente del paciente o de su familia entre la fecha de presentación de la solicitud de asistencia financiera y la fecha de aprobación de la solicitud.
 - b. Todo pago efectuado después de que se apruebe una solicitud de asistencia financiera que supere el monto adeudado según el nivel de descuento aprobado.

G. 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 elegibilidad para la asistencia financiera. La documentación mínima que puede exigirse para cada caso de asistencia financiera puede limitarse a una de las siguientes opciones:

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 elegibilidad 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).

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

4. Bancarrota en el último año (calificación automática para el Programa de Asistencia Financiera).

H. 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 durante un período de siete (7) años. Al final del período respectivo, toda la información se destruirá o se mantendrá de una manera en la 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.

VI. 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.** Barclays California Code of Regulations, Título 22, Capítulo 7, Sección 75049.
- G.** Department of Health and Human Services, Federal Poverty Income Guidelines. <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- H.** Health Center Program Statute: Section 330 of the Public Health Services Act (42 U.S.C. 254b).

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

- I. Program Regulations 42 Code of Federal Regulations (CFR) Part 51c and 42 CFR Parts 56.201-56.604 for Community and Migrant Health Centers CDPH Issue AFL Related to California Hospital Fair Pricing Policies, 5 de noviembre de 2014.
- J. Assembly Bill 2297 Hospital and Emergency Physician Fair Pricing Policies

CONTRIBUIDORES, 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 del ciclo de ingresos
Miembro del equipo de dirección ejecutiva:	Ken Baxter, vicepresidente de Ciclo de Ingresos

Aprobaciones del comité	Fecha
Aprobación del director	09/15/2026
Junta Directiva	

Anexo A

Pautas federales de pobreza publicadas para 2026				
Cantidad de miembros del grupo familiar	Hasta 100 %	Hasta 400 %	Hasta 450 %	Hasta 550 %
1	\$15,960	\$63,840	\$71,820	\$87,780
2	\$21,640	\$86,560	\$97,380	\$119,020
3	\$27,320	\$109,280	\$122,940	\$150,260
4	\$33,000	\$132,000	\$148,500	\$181,500
5	\$38,680	\$154,720	\$174,060	\$212,740
6	\$44,360	\$177,440	\$199,620	\$243,980
7	\$50,040	\$200,160	\$225,180	\$275,220
8	\$55,720	\$222,880	\$250,740	\$306,460
Descuento	100 %		75 %	50 % Pacientes sin seguro

Anexo B

Escala de honorarios variables: CMG Pautas de ingresos según el nivel federal de pobreza (FPL) mensual bruto Por tamaño de grupo familiar: válido para 2026			
Código del plan de salud	Atención primaria de beneficencia	Escala de honorarios variables para atención primaria	Pago por cuenta propia
Pautas del FPL	Hasta el 400 %	Hasta el 450 %	Hasta el 550 %
Tamaño del grupo familiar			
1	\$5,320	\$5,985	\$7,315
2	\$7,213	\$8,115	\$9,918
3	\$9,107	\$10,245	\$12,522
4	\$11,000	\$12,375	\$15,125
5	\$12,893	\$14,505	\$17,728
6	\$14,787	\$16,635	\$20,332
7	\$16,680	\$18,765	\$22,935
8	\$18,573	\$20,895	\$25,538
CMG Tarifa por servicio	\$0; visita por enfermedad \$0; tarifa para administración de vacuna contra la gripe	\$30; visita por enfermedad para pacientes nuevos o establecidos \$26; solo administración de la vacuna contra la gripe	\$176; WCC \$60; parciales y no WCC \$26; solo administración de la vacuna contra la gripe
Bienestar sobre Ruedas	\$0; visita al consultorio	\$25; visita al consultorio \$	\$25; visita al consultorio
Análisis de laboratorio	"Facturar al paciente" A menos que pague al momento de la consulta con tarifas de clínica reducidas, luego "facturar a la clínica"	"Facturar al paciente" A menos que pague al momento de la consulta con tarifas de clínica reducidas, luego "facturar a la clínica"	"Facturar al paciente" (recibe la factura del laboratorio/radiología con las tarifas regulares)

Radiología	“Facturar al paciente”	“Facturar al paciente”	“Facturar al paciente” (recibe factura de radiología con las tarifas habituales)
Medicamentos recetados	Dar receta médica: El paciente paga	Dar receta médica: El paciente paga	Dar receta médica: El paciente paga

*** Tamaño del grupo familiar**

Anexo C

Formulario de plan de pago extendido del FAP de CHOC/CCMH

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

Ingresos totales después de los gastos de subsistencia \$ _____

Plan de pago extendido, pagos mensuales \$ _____