



## PROGRAMA DE ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

### RESUMEN DE LA PÓLIZA:

El Sistema de Salud del Condado de Santa Clara (County of Santa Clara Health System, por su nombre en inglés) (de aquí en adelante nos referiremos a “el Condado”) apoya un mejor acceso a una atención médica asequible. Por lo tanto, el Condado ofrece Servicios o Suministros Médicamente Necesarios con descuento a pacientes elegibles de ingresos bajos y moderados que pagan por su cuenta y a pacientes con altos costos médicos a través de este Programa de Acceso a la Atención Médica (también conocido como Póliza de Asistencia Financiera para Pacientes o “asistencia financiera”). A continuación, se ofrece una breve descripción general de la póliza. Los pacientes deben revisar la póliza completa para obtener la información completa del programa y si tienen alguna pregunta hablar con un asesor financiero del Condado llamando al (866) 967-4677 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

- Los pacientes que pagan por cuenta propia son pacientes que no tienen cobertura de terceros de un seguro de salud, plan de servicios de atención médica, Medicare o Medi-Cal, cuya lesión no es una lesión compensable a efectos de la compensación laboral, seguro de automóvil u otros y que no son elegibles para un seguro de salud u otra cobertura de terceros para los Servicios o Suministros Médicamente Necesarios provistos por el Condado.
- Los pacientes de altos costos médicos son (1) pacientes que se han incurrido en costos de atención médica de bolsillo anuales del Condado que superan el 10 % de sus ingresos familiares actuales o ingresos familiares en los 12 meses anteriores, lo que sea menor, o (2) pacientes cuya familia haya pagado a algún proveedor médico por gastos de atención médica que excedan el 10 % de los ingresos familiares del paciente, si el paciente proporciona documentación de sus gastos médicos pagados por el paciente o los miembros de la familia del paciente en los 12 meses anteriores.
- Los pacientes que pagan por cuenta propia y con costos médicos altos que son residentes del Condado y que tienen ingresos familiares iguales o inferiores al 400 % del nivel federal de pobreza son elegibles para recibir servicios o suministros médicamente necesarios con un descuento del 100 % de los proveedores de atención médica del Condado.
- Los pacientes que pagan por cuenta propia y con costos médicos altos que son residentes del Condado y que tienen ingresos familiares superiores al 400 % pero inferiores al 450 %, 550 % o 650 % del nivel federal de pobreza son elegibles para descuentos en servicios o suministros médicamente necesarios proporcionados por proveedores de atención médica del Condado del 70%, 50% o 25%, respectivamente. Un paciente que califique para un descuento parcial puede pedirle al Condado que establezca un plan de pago sin intereses a largo plazo para permitir que el paciente pague el precio con descuento a lo largo del tiempo.
- Los niveles federales de pobreza cambian anualmente. Los niveles federales de pobreza de 2022 a los que se hace referencia en esta póliza se enumeran en el Anexo A.

- Los pacientes elegibles califican para asistencia financiera por un período de un año, excepto si hay un cambio sustancial en su elegibilidad antes de que finalice ese año. Los pacientes deben notificar al Condado los cambios importantes en su elegibilidad (como cambios en sus ingresos, elegibilidad para seguro médico u otra cobertura para servicios de atención médica, composición familiar y/o gastos médicos) dentro de los sesenta (60) días o en la siguiente vez que reciban servicio médico, lo que ocurra primero. El Condado se reserva el derecho de volver a verificar la elegibilidad de un paciente en cualquier momento.
- Los pacientes elegibles deben hacer todos los esfuerzos razonables para presentar una solicitud de asistencia financiera completa (o calificar para la Inscripción Presunta para Atención con Descuento) de conformidad con esta póliza dentro de los 180 días posteriores al envío de su estado de cuenta inicial para un episodio de atención en particular y el aviso acompañante del programa de acceso a la atención médica. Si el paciente no presenta una solicitud de asistencia financiera completa (o califica para la inscripción presunta para atención con descuento) de conformidad con esta póliza dentro de los 180 días de haber recibido su estado de cuenta inicial para un episodio de atención en particular y califica para la asistencia financiera, la cuenta puede enviarse a cobros (“collections”, en inglés) como se describe en la póliza de cobro de deudas del paciente adjunta como Anexo B. El director del ciclo de ingresos o su designado tiene la discreción de negar la elegibilidad si el paciente no proporciona información que sea razonable y necesaria para que el Condado haga la determinación de elegibilidad. El director del ciclo de ingresos o su designado puede determinar la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera después de este período de 180 días si se demuestra una buena causa, como se describe más adelante en esta póliza.
- Por lo general, los pacientes que pagan por cuenta propia y de alto costo médico que no son residentes del Condado no son elegibles para servicios de atención médica que no sean de emergencia en las instalaciones del Condado de Santa Clara. En aquellas instalaciones donde hay un exceso de capacidad, los que no son residentes del Condado pueden recibir servicios de atención médica que no sean de emergencia. Los residentes fuera del Condado que reciben servicios o suministros médicamente necesarios en las instalaciones del Condado y que son pacientes que pagan por cuenta propia o tienen un costo médico alto son elegibles para recibir un descuento del 100 % para ese episodio de atención específico (como se define a continuación) si tienen ingresos familiares a o por debajo del 400% del nivel federal de pobreza.

## DEFINICIONES:

1. **Familiar del paciente o Familia:** para los pacientes de dieciocho (18) años o más, la familia del paciente incluye al paciente, el cónyuge o pareja del paciente y los hijos dependientes menores de veintiún (21) años, ya sea que vivan en el hogar o no. Para pacientes menores de dieciocho (18) años, la familia del paciente incluye a los padres o familiares encargados del cuidado del paciente y otros hijos de los padres o familiares encargados del cuidado menores de veintiún (21) años.
2. **Residente del Condado:** un residente del Condado es una persona que vive en el Condado de Santa Clara.
3. **Residente fuera del Condado:** un residente fuera del Condado es una persona que no vive en el Condado de Santa Clara.

4. **Ingreso familiar:** el ingreso familiar incluye el ingreso anual bruto de todos los miembros de la familia del paciente, menos los pagos realizados por pensión alimenticia o manutención de niños.
5. **Paciente que paga por cuenta propia:** un paciente que paga por cuenta propia es un paciente que no tiene cobertura de terceros de un seguro de salud, plan de servicios de atención médica, Medicare o Medi-Cal, cuya lesión no es una lesión compensable a los efectos de la compensación de los trabajadores, seguro de automóvil u otro seguro, y que no es elegible para un seguro de salud u otra cobertura de terceros para los servicios o suministros médicamente necesarios provistos por el Condado. Los pacientes que pagan por cuenta propia incluyen, entre otros: (a) pacientes que califican para un programa de seguro del gobierno, pero reciben servicios que no están cubiertos por dicho programa y (b) pacientes cuyos beneficios se agotan antes o durante la prestación de servicios.
6. **Paciente de alto costo médico:** Un paciente de alto costo médico es un paciente que:
  - a. Tiene una fuente de pago de terceros para los servicios de atención médica (es decir, no es un paciente que paga por cuenta propia), y
  - b. Cualquiera de las siguientes:
    - i. Le debe al Condado los costos anuales de atención médica de su propio bolsillo que excedan el 10 % de los ingresos familiares actuales del paciente o los ingresos familiares en los doce (12) meses anteriores, lo que sea menor, o
    - ii. Pagó, o tiene uno o más familiares que pagaron, gastos médicos anuales de su bolsillo a cualquier proveedor de atención médica que excedan el 10 % de los ingresos familiares del paciente, si el paciente proporciona documentación de los gastos médicos del paciente pagados por éste o familiares del paciente en los 12 meses anteriores.

Estos gastos de atención médica pueden incluir un copago, pagos correspondientes a la parte de seguro de costo compartido, deducible u otro monto adeudado por un paciente asegurado según el plan de seguro médico del paciente.
7. **Inscripción presunta para atención con descuento:** se puede determinar que un paciente es elegible para el Programa de Acceso a la Atención Médica en función de la información socioeconómica específica del paciente recopilada de fuentes del mercado. Los pacientes que no tienen hogar o que fallecen mientras reciben servicios, y que no tienen una fuente de financiación ni una parte responsable o patrimonio, pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera incluso si no completaron una solicitud de asistencia financiera. El director de Acceso de Pacientes o el director del ciclo de ingresos o su designado revisarán dichos casos y tomarán una determinación caso por caso.
8. **Servicio o Suministro Médicamente Necesario:** un servicio o suministro médicamente necesario es un servicio y/o suministro médico que es necesario para tratar o diagnosticar una condición médica, cuya omisión podría afectar negativamente la salud del paciente. Los siguientes servicios generalmente no se consideran servicios o suministros médicamente necesarios y, por lo tanto, generalmente no están cubiertos por esta póliza:

- a. Servicios de endocrinología reproductiva e infertilidad;
- b. Servicios cosméticos o servicios de cirugía plástica;
- c. Servicios de corrección de la visión, incluidos LASEK, PRK, queratoplastia conductiva, segmentos de anillos corneales de Intac, C-CAP contorneado personalizado;
- d. Transporte en ambulancia iniciado por el paciente; y
- e. Medicamentos de estilo de vida, según lo define el Comité de Farmacia y Terapéutica de Santa Clara Valley Medical Center (SCVMC).

El Condado se reserva el derecho de cambiar esta lista de servicios y/o suministros generalmente no cubiertos. En raras situaciones, por ejemplo, con la recomendación de un médico o proveedor de atención médica participante, el director médico del Condado o su designado pueden aprobar uno de estos servicios o suministros como un servicio o suministro médicamente necesario para un paciente específico. La decisión del director médico del Condado o su designado es final.

**9. Episodio de Atención:** para los fines de esta póliza episodio de atención significa:

- a. En el entorno de hospitalización, los servicios o suministros médicamente necesarios recibidos entre la fecha de admisión y la fecha de alta asociada con esa admisión; o
- b. En el entorno del departamento de emergencias o como paciente ambulatorio, una visita individual para recibir servicios o suministros médicamente necesarios.

## **PROCEDIMIENTO:**

### **A. Elegibilidad para Asistencia Financiera**

1. Para recibir asistencia financiera en virtud de esta póliza, un paciente debe solicitar asistencia financiera mediante la presentación de una solicitud de asistencia financiera completa o calificar para la inscripción presunta para atención con descuento.
  - a. Los pacientes elegibles deben hacer todos los esfuerzos razonables para presentar una solicitud de asistencia financiera completa (o calificar para la inscripción presunta para atención médica con descuento) de conformidad con esta póliza dentro de los 180 días posteriores al envío de su estado de cuenta inicial para un episodio de atención y el aviso acompañante del programa de acceso a la atención médica. Si el paciente no presenta una solicitud de asistencia financiera completa (o califica para la inscripción presunta para atención con descuento) de conformidad con esta póliza dentro de los 180 días de haber recibido su estado de cuenta inicial para un episodio de atención en particular y califica para la asistencia financiera, la cuenta puede enviarse a cobros (“collections”, en inglés) como se describe en la póliza de cobro de deudas del paciente adjunta como Anexo B. El director del ciclo de ingresos o su designado tiene la discreción de negar la elegibilidad si el paciente no proporciona información que sea razonable y necesaria para que el Condado tome una determinación sobre la elegibilidad.

- b. Inmediatamente después de este período de tiempo de 180 días y, en cualquier caso, antes de que se haya dictado una sentencia definitiva en una acción de cobro civil relacionada con la factura impaga de un paciente, el director del ciclo de ingresos o su designado puede determinar la elegibilidad de dicho paciente para recibir asistencia financiera al demostrar buena causa. Junto con su solicitud de asistencia financiera completa, el paciente debe presentar una declaración por escrito que explique por qué no solicitó la asistencia financiera dentro del plazo requerido de 180 días. El director del ciclo de ingresos o su designado pueden solicitar información adicional del paciente para corroborar la solicitud de causa justificada. Los ejemplos de circunstancias en las que el paciente puede demostrar que existe una buena causa incluyen, pero no se limitan a: el Condado le dio al paciente inadvertidamente información incompleta o inexacta sobre el Programa de Acceso a la Atención Médica o las opciones de cobertura médica del gobierno; las limitaciones físicas, mentales, educativas o lingüísticas del paciente impidieron que el paciente presentara una solicitud de asistencia financiera completa dentro del plazo de 180 días; y/o el paciente tenía una enfermedad grave, o hubo una muerte o enfermedad grave en la familia inmediata del paciente, que impidió que el paciente presentara una solicitud de asistencia financiera completa dentro del plazo de 180 días.
2. Los pacientes deben proporcionar información verdadera, precisa y completa al solicitar asistencia financiera, incluida la documentación de respaldo necesaria, según lo solicite el Condado. Se puede determinar que los pacientes no son elegibles para recibir asistencia financiera si brindan información falsa o incompleta durante el proceso de solicitud.
3. Los pacientes deben proporcionar uno de cada uno de los siguientes tipos de documentos con su solicitud de asistencia financiera:
  - a. Prueba de identidad (por ejemplo, una licencia de conducir, pasaporte, tarjeta de identificación emitida por el gobierno, tarjeta de identificación laboral o escolar, o acta de nacimiento más otra identificación, como una membresía de gimnasio o de Costco);
  - b. Comprobante de ingresos (por ejemplo, talones de pago o declaraciones de impuestos); y
  - c. Prueba de residencia (por ejemplo, un contrato de alquiler/arrendamiento, declaración de hipoteca, factura de servicios públicos, registro de vehículo, licencia de conducir, declaración de falta de vivienda o carta de apoyo de una persona con la que vive el solicitante y prueba de residencia de esa persona).
  - d. Cualquier paciente que desee calificar para la asistencia financiera según la parte (b)(ii) de la definición anterior de "paciente con altos costos médicos" también debe presentar la documentación de los gastos médicos que ellos y/o sus familiares pagaron en los 12 meses anteriores.
4. Hay diferentes niveles de asistencia financiera disponibles para los pacientes elegibles en función de sus ingresos familiares, como se indica en la tabla a continuación y en el Anexo A de esta póliza.

**Cantidad de Asistencia Financiera Disponible para los Residentes del Condado que son Pacientes que Pagan por Cuenta Propia o Pacientes con Altos Costos Médicos en Función de los Ingresos Familiares**

<b>INGRESO FAMILIAR</b>	<b>Monto de cancelación de los montos adeudados por el paciente por servicios o suministros médicamente necesarios</b>
Ingreso familiar igual o inferior al <b>400 %</b> del nivel federal de pobreza.	<b>100 %</b> del costo de la atención médica de caridad.
Ingreso familiar entre <b>401 y 449%</b> del nivel federal de pobreza.	<b>70%</b> del costo de la atención médica de caridad.
Ingreso familiar entre <b>450 y 549%</b> del nivel federal de pobreza.	<b>50%</b> del costo de la atención médica de caridad.
Ingreso familiar entre <b>550 y 649%</b> del nivel federal de pobreza.	<b>25%</b> del costo de la atención médica de caridad.

Los niveles federales de pobreza de 2022 se enumeran en el Anexo A.

Para los pacientes que no pueden completar una solicitud o proporcionar toda la documentación necesaria, el sistema de salud puede desarrollar y confiar en una herramienta para inscribir presuntamente a los pacientes en el Programa de Acceso a la Atención Médica en función de la inscripción existente en programas como servicios para personas sin hogar, Women, Infants and Children (WIC, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés y también conocido comúnmente como vales de alimentos) y ciertas viviendas subsidiadas.

5. Los pacientes que no tengan seguro de salud (u otra fuente de pago de terceros para servicios o suministros médicamente necesarios) se evaluarán para determinar si son elegibles para cualquier programa de salud estatal, federal y/o del Condado, y/o cualquier otra fuente de pago de terceros. El Condado hará todos los esfuerzos razonables para obtener información de los pacientes sobre si el seguro de salud público o privado o el patrocinio pueden cubrir total o parcialmente los cargos por la atención brindada por el Condado. Cuando los pacientes se comuniquen con el Departamento de Acceso de Pacientes acerca de las opciones de asistencia financiera disponibles, el Condado también tomará medidas para ayudarlos a completar las solicitudes de Medi-Cal, otra cobertura de atención médica financiada por el gobierno y el Programa de Acceso a la Atención Médica, según corresponda. Si un paciente solicita, o tiene una solicitud pendiente, para otro programa de cobertura de salud al mismo tiempo que el paciente solicita asistencia financiera, ninguna solicitud impedirá la elegibilidad para el otro programa.
6. Los pacientes que buscan asistencia financiera deben solicitar todos los seguros de salud (u otras fuentes de pago de terceros para servicios o suministros médicamente necesarios) para los que sean elegibles, a menos que el director del ciclo de ingresos del Condado o su designado exima al paciente del requisito, como se describe abajo.
7. El hecho de que un paciente no realice todos los esfuerzos razonables para obtener un seguro de salud (u otra fuente de pago de terceros para los servicios o suministros médicamente necesarios) puede ser motivo para la denegación de la asistencia financiera.
8. El director del ciclo de ingresos o su designado puede eximir de este requisito a los pacientes que razonablemente podrían sufrir consecuencias negativas de inmigración según las reglas

federales, como la regla final sobre "Inadmisibilidad por motivos de carga pública", 84 Fed. registro 41.292 (14 de agosto de 2019). Por ejemplo, es posible que no se requiera que los pacientes adultos de 21 años o más que buscan la residencia permanente legal y que tengan los siguientes estados migratorios soliciten un seguro de salud financiado por el gobierno federal: (1) pacientes a los que se les otorgó la libertad condicional en los Estados Unidos durante al menos un año , (2) pacientes a los que se les otorgó la retención de deportación o remoción, (3) pacientes a los que se les otorgó la entrada condicional antes del 1 de abril de 1980, (4) entrantes cubano-haitianos, o (5) pacientes con Medi-Cal vinculado a SSI desde antes del 22 de agosto , 1996.

9. Los pacientes elegibles pueden recibir asistencia financiera para servicios o suministros médicamente necesarios de proveedores de atención médica del Condado. Los pacientes no tienen derecho a asistencia financiera por servicios que no sean servicios o suministros médicamente necesarios o por honorarios médicos profesionales facturados por separado o transporte en ambulancia no solicitado por el Condado. En aquellas raras circunstancias en las que sea necesaria una derivación fuera del sistema de salud del Condado, el director médico del Condado o su designado puede aprobar la asistencia financiera para servicios y suministros médicamente necesarios obtenidos fuera del Sistema de Salud del Condado.

## **B. Alcance de la Asistencia Financiera para los Residentes del Condado**

1. La asistencia financiera para residentes del Condado generalmente se extiende por un período de un año a partir del primer día del mes en que el paciente presentó su solicitud de asistencia financiera completa o calificó para la inscripción presunta para atención con descuento, o el primer día del episodio de atención con el que se relaciona la solicitud de asistencia financiera completada o la inscripción presunta para atención con descuento del paciente, excepto si hay un cambio sustancial en la elegibilidad del paciente antes de que finalice ese año (como calificar para cobertura de terceros de un seguro de salud u otra fuente de pago de terceros por servicios o suministros médicamente necesarios). El director del ciclo de ingresos o su designado también tiene la discreción de proporcionar descuentos adicionales si se demuestra una buena causa.
2. Los pacientes deben volver a solicitar asistencia financiera anualmente según corresponda, ya sea presentando una solicitud de renovación de asistencia financiera o volviendo a calificar para la inscripción presunta para atención con descuento.
3. Los pacientes deben notificar al Condado los cambios importantes en su elegibilidad (como cambios en sus ingresos, elegibilidad para seguro médico u otra cobertura para servicios de atención médica, composición familiar o gastos médicos) dentro de los sesenta (60) días posteriores a la fecha en que ocurren los cambios o en la siguiente vez que reciban servicio médico, lo que ocurra primero. El Condado se reserva el derecho de volver a verificar la elegibilidad de un paciente en cualquier momento.
4. Si un paciente no notifica oportunamente al Condado sobre cualquier cambio material en su elegibilidad, su asistencia financiera puede cancelarse retroactivamente a partir de la fecha en que el cambio material entró en vigor.

## **C. Alcance de la Asistencia Financiera para los que no Residen en el Condado**

1. Los pacientes que pagan por cuenta propia y con costos médicos altos que no son residentes del Condado generalmente no son elegibles para servicios de atención médica que no sean de emergencia en las instalaciones del Condado de Santa Clara. En aquellas instalaciones donde hay un exceso de capacidad, los residentes que no son del Condado pueden recibir servicios de atención médica que no sean de emergencia.
2. Los residentes fuera del Condado que reciben servicios o suministros médicamente necesarios en las instalaciones del Condado y que son pacientes que pagan por cuenta propia o tienen un costo médico alto son elegibles para recibir una cancelación de pago del 100 % de esos servicios si sus ingresos familiares son iguales o inferiores al 400 % del nivel federal de pobreza.
3. Los residentes fuera del Condado que califiquen solo pueden calificar para recibir asistencia financiera para un episodio de atención específico, no de manera continua durante un año. El director del Ciclo de Ingresos o su designado tiene discreción para proporcionar descuentos adicionales si se demuestra una buena causa.

#### **D. Planes de Pago**

1. Un paciente que califique para un descuento parcial bajo esta póliza puede solicitar establecer un plan de pago sin intereses a largo plazo con el Condado para permitir el pago del precio con descuento a lo largo del tiempo.
2. El Condado y el paciente negociarán los términos del plan de pago. Al negociar los términos de un plan de pago razonable con el paciente, el Condado tendrá en cuenta los ingresos familiares del paciente y los gastos básicos de manutención. “Gastos básicos de subsistencia” se refiere a los gastos de 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 infantil o conyugal, transporte y gastos de automóvil, incluido el seguro, gasolina, y reparaciones, pagos a plazos, lavado y limpieza, y otros gastos extraordinarios.
3. Si el Condado y el paciente no pueden ponerse de acuerdo sobre los términos de un plan de pago, el Condado usará la fórmula descrita en la subdivisión (i) de la sección 127400 del Código de Salud y Seguridad de California para crear un plan de pago razonable que consista en pagos mensuales que no sean más del 10 por ciento de los ingresos familiares de un paciente durante un mes, sin incluir las deducciones por gastos básicos de subsistencia.

#### **E. Apelaciones**

1. El Condado emitirá una decisión dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud de asistencia financiera completa del paciente. La decisión incluirá instrucciones sobre cómo un paciente puede apelar la denegación y el plazo para apelar.
2. Un paciente al que se le niega la asistencia financiera puede apelar la denegación por escrito. Una apelación debe contener la razón de la apelación y la reparación solicitada. Los formularios de apelación están disponibles en línea en <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> o comunicándose con Acceso al Paciente (Patient Access, en inglés) llamando al (877) 967-4677.



3. Las apelaciones deben recibirse en la siguiente dirección dentro de los treinta (30) días posteriores a la denegación:

County of Santa Clara Health System Patient Business Services  
5750 Fontanoso Way, 1<sup>st</sup> Floor  
San José, CA 95138  
Attention: Revenue Cycle Director

4. El director del ciclo de ingresos decidirá todas las apelaciones iniciales dentro de los treinta (30) días posteriores de haber recibido los formularios de apelación.
5. Si el director del ciclo de ingresos o su designado afirma la denegación inicial, un paciente puede presentar una segunda apelación por escrito. Cualquier segunda apelación debe ser recibida por el director financiero del Sistema de Salud del Condado de Santa Clara en la dirección que se indica a continuación dentro de los treinta (30) días posteriores a la denegación de la apelación inicial:

County of Santa Clara Health System Finance Department  
2325 Enborg Lane, Suite 360B  
San José, CA 95128  
Attention: Chief Financial Officer

6. El director financiero decidirá todas las segundas apelaciones dentro de los treinta (30) días.
7. La decisión sobre cualquier segunda apelación será final.

#### **F. Procedimientos de Informes**

1. La póliza de asistencia financiera y los anexos se proporcionarán al Departamento de Acceso e Información de Atención Médica (“Department of Health Care Access and Information o HCAI”) al menos cada dos años el 1 de enero, o cada vez que se realice una revisión importante.
2. En caso de que no se haya realizado una revisión significativa desde la presentación anterior, se notificará al HCAI que no se ha realizado ninguna revisión importante.

#### **ANTECEDENTES DE LA PÓLIZA:**

Esta póliza está destinada a cumplir con las siguientes leyes:

- Ley de Pólizas de Precios Justos de Hospitales de California (HFFP, por sus siglas en inglés), Código de Salud y Seguridad de California § 127400 y siguientes.
- Ley de Pólizas de Precios Justos para Médicos de Emergencia de California (EPFPP, por sus siglas en inglés), Código de Salud y Seguridad de California § 127450 y siguientes.

Esta póliza constituye el Programa de Atención Caritativa del Condado. Esta póliza se aplicará consistentemente a todos los pacientes del Condado.

Esta póliza se aplica solo a los servicios o suministros médicamente necesarios de los proveedores de atención médica del Condado. Una lista actualizada de proveedores de atención médica del Condado está disponible a través de las siguientes páginas "Encontrar un proveedor", (“Find A Provider”, en inglés):

<https://www.scvmc.org/find-provider> (Santa Clara Valley Medical Center), <https://och.sccgov.org/find-provider>

(O'Connor Hospital), y <https://slrh.sccgov.org/find-provider> (St. Louise Regional Hospital). Una lista de los hospitales y clínicas del Condado está disponible en: <https://www.scvmc.org/find-health-center>.

Por la presente, se notifica a los pacientes que los médicos de emergencia, tal como se define en la sección 127450 del Código de Salud y Seguridad de California, que brindan servicios médicos de emergencia en las instalaciones del Condado, están obligados por ley a brindar descuentos a los pacientes que pagan por cuenta propia y a los pacientes con costos médicos altos que están en o por debajo 400% del nivel federal de pobreza.

Para obtener una lista de los servicios adquiribles del Sistema de Salud del Condado de Santa Clara, visite <https://www.scvmc.org/patients-visitors/services/shoppable-servicesestimate-potential-charges>.

Esta póliza no anula ni modifica ninguna disposición contractual o tarifas negociadas por y entre el Condado y un tercer pagador, ni ofrece descuentos a pagadores terceros no contratados u otras entidades que son legalmente responsables de realizar el pago en nombre de un beneficiario, persona cubierta o asegurado. Esta póliza no permite la exención rutinaria de deducibles, copagos y/o seguros de costo compartido impuestos por las compañías de seguros para pacientes que no califican para asistencia financiera.

### **RESPONSABILIDAD:**

Las preguntas sobre la implementación de esta póliza deben dirigirse al director de Acceso al Paciente a: 770 South Bascom Avenue, San José, CA 95128 o llamando al (866) 967-4677.

Esta póliza de asistencia financiera reemplaza las siguientes pólizas ahora nulas: VMC#924.0 Escala móvil; HHS#735.0 Programa de Determinación de Capacidad de Pago (APD, por sus siglas en inglés); O'Connor Hospital #4765025 Póliza de Asistencia Financiera; y St. Louise Regional Hospital #5424657 Póliza de Asistencia Financiera.

Esta póliza de asistencia financiera se actualizó por última vez el 8 de diciembre de 2022.

## Apéndice A

### Gráfica de los Niveles Federales de Pobreza de 2022

Niveles Federales de Pobreza de 2022							
Tamaño del Hogar	100% Descuento*	70% Descuento		50% Descuento		25% Descuento	
	Hasta 400% FPL	401%	449%	450%	549%	550%	649%
1	\$4,530	\$4,531	\$5,096	\$5,097	\$6,228	\$6,229	\$7,361
	\$54,360	\$54,361	\$61,154	\$61,155	\$74,744	\$74,745	\$88,334
2	\$6,103	\$6,104	\$6,866	\$6,867	\$8,391	\$8,392	\$9,917
	\$73,240	\$73,241	\$82,394	\$82,395	\$100,704	\$100,705	\$119,014
3	\$7,677	\$7,678	\$8,636	\$8,637	\$10,555	\$10,556	\$12,474
	\$92,120	\$92,121	\$103,634	\$103,635	\$126,664	\$126,665	\$149,694
4	\$9,250	\$9,251	\$10,406	\$10,407	\$12,718	\$12,719	\$15,031
	\$111,000	\$111,001	\$124,874	\$124,875	\$152,624	\$152,625	\$180,374
5	\$10,823	\$10,824	\$12,176	\$12,177	\$14,881	\$14,882	\$17,587
	\$129,880	\$129,881	\$146,114	\$146,115	\$178,584	\$178,585	\$211,054
6	\$12,397	\$12,398	\$13,946	\$13,947	\$17,044	\$17,045	\$20,144
	\$148,760	\$148,761	\$167,354	\$167,355	\$204,544	\$204,545	\$241,734
7	\$13,970	\$13,971	\$15,716	\$15,717	\$19,208	\$19,209	\$22,701
	\$167,640	\$167,641	\$188,594	\$188,595	\$230,504	\$230,505	\$272,414
8	\$15,543	\$15,544	\$17,486	\$17,486	\$21,371	\$21,372	\$25,257
	\$186,520	\$186,521	\$209,834	\$209,835	\$256,464	\$256,465	\$303,094



COUNTY OF SANTA CLARA  
Health System

**FECHA:** 8 de Diciembre de 2022

**A:** Sistema de Salud del Condado de Santa Clara  
Grupo de Dirección Ejecutiva

**DE:** René G. Santiago, Ejecutivo Adjunto del Condado y  
Director del Sistema de Salud del Condado de Santa Clara

**ASUNTO:** **Póliza de cobro de deudas de los pacientes**

**REFERENCIAS:** Código de Salud y Seguridad de California, §§ 127400-127462  
Código Civil de California , §§ 1788-1788.33  
15 U.S.C. §§ 1692-1692p  
CSCHS Póliza #715.0 (Programa de Acceso a la Atención Médica)

**DEFINICIONES:**

1. **Paciente:** Para propósitos de esta póliza, paciente incluye cualquier individuo que recibió artículos y/o servicios de atención médica del Sistema de Salud del Condado de Santa Clara (CSCHS, por sus siglas en inglés) y, si no es la misma persona, su garante.

**Garante:** El individuo que ha aceptado la responsabilidad financiera del pago de una deuda del paciente.

2. **Deuda del Paciente:** La cantidad que un paciente adeuda al CSCHS por concepto de artículos y/o servicios de atención médica.
3. **El DTAC:** El Departamento de Impuestos y Cobros del Condado de Santa Clara, que cobra la deuda del paciente en nombre del CSCHS.
4. **Asistencia Financiera:** Un descuento total o parcial de una deuda del paciente autorizado por el CSCHS bajo los términos de la póliza de asistencia financiera del CSCHS.
5. **Póliza del CSCHS #715.0 o Póliza de Asistencia Financiera del CSCHS:** Una póliza separada que describe el programa de Asistencia Financiera del CSCHS, también conocido como el Programa de Acceso a la Atención Médica (HAP, por sus siglas en inglés), que ofrece descuentos en artículos y/o servicios de atención médica proporcionados por el CSCHS a ciertos pacientes elegibles con ingresos bajos o moderados. La Póliza de Asistencia Financiera del CSCHS está disponible en línea en: <https://health.sccgov.org/healthcare->

[access-program](#). Las personas también pueden obtener una copia de la Póliza de Asistencia Financiera del CSCHS llamando al Departamento de Acceso al Paciente del CSCHS al (866) 967-4677 (lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.).

**ANTECEDENTES:**

El propósito de esta póliza es definir las normas y prácticas para el cobro de las deudas de los pacientes con el Sistema de Salud del Condado de Santa Clara (CSCHS).

**PÓLIZA:**

La póliza del CSCHS es facturar a los pacientes de manera precisa, oportuna y coherente con las leyes y reglamentos aplicables, incluidas, entre otras, las disposiciones aplicables del Código de Salud y Seguridad de California, el Código Civil de California y el Código de los Estados Unidos.

**PROCEDIMIENTO:**

**Parte Responsable**

**Acción**

Servicios Comerciales para Pacientes del CSCHS

1. Bajo la autoridad del Director Financiero del CSCHS, el CSCHS perseguirá el pago de las deudas de pacientes adeudadas por artículos y/o servicios de atención médica proporcionados por el CSCHS, incluso designando las cantidades impagadas como deudas incobrables y remitiendo dichas cantidades al DTAC para su cobro. Las acciones de cobro se llevarán a cabo a discreción del CSCHS y del DTAC y cumplirán con todas las leyes y reglamentos estatales y federales aplicables, incluyendo la ley de Pólizas de Precios Justos para Hospitales de California (Código de Salud y Seguridad de California, secciones 127400 y siguientes), la Ley de Pólizas de Precios Justos para Médicos de Sala de Emergencias (Código de Salud y Seguridad de California, secciones 127450 y siguientes), la Ley Rosenthal de Prácticas Justas de Cobro de Deudas (Código Civil de California, secciones 1788 y siguientes) y la Ley Federal de Prácticas Justas de Cobro de Deudas (Código de los Estados Unidos, Título 15, secciones 1692 y siguientes).
2. El CSCHS obtendrá un acuerdo por escrito del DTAC en el sentido de que el DTAC se adherirá a esta póliza en su totalidad. El acuerdo escrito no se interpretará en el sentido de crear una empresa conjunta entre el CSCHS y el

DTAC, ni de permitir de otro modo que el CSCHS gobierne el DTAC.

3. Antes de enviar una deuda del paciente al DTAC, el CSCHS hará todo lo siguiente:
  - a. Realizar todos los esfuerzos razonables para obtener de los pacientes información acerca de si el seguro médico privado o público o el patrocinio pueden cubrir total o parcialmente los cargos por la atención prestada por el CSCHS.
  - b. Proporcionar a los pacientes que no indiquen cobertura de atención médica por parte de un tercer pagador, o que soliciten un precio con descuento o atención de caridad, una solicitud para el programa Medi-Cal u otros programas de cobertura médica financiados por el estado o el Condado.
  - c. Informar a los pacientes sobre sus responsabilidades financieras enviándoles por correo al menos cuatro (4) estados de cuenta de los servicios prestados en el CSCHS.
  - d. Informar a los pacientes sobre las opciones de asistencia financiera disponibles mediante el envío de un aviso sobre la póliza de asistencia financiera del CSCHS y la solicitud en la(s) fecha(s) de servicio o poco después, en el momento de la facturación y al menos 30 días antes de enviar una deuda del paciente al DTAC.
  - e. Tomar medidas, cuando los pacientes se comuniquen con el Departamento de Acceso de Pacientes del CSCHS sobre las opciones de asistencia financiera disponibles, para ayudar a esos pacientes a completar las solicitudes de Medi-Cal, otra cobertura de atención médica financiada por el gobierno y el Programa de Acceso a la Atención Médica, según corresponda.

- f. Enviar a los pacientes un aviso -también conocido como "Carta de Despedida"- al menos 60 días antes de enviar una deuda del paciente al DTAC. Este aviso incluirá:
    - I. La(s) fecha(s) de notificación de la factura que se envíe al DTAC;
    - II. El nombre completo y la dirección del DTAC;
    - III. Una declaración informando al paciente de cómo obtener una factura detallada del CSCHS;
    - IV. El nombre y tipo de cobertura de salud del paciente registrado con el CSCHS en el momento del servicio, o una declaración de que el CSCHS no tiene esa información;
    - V. Una copia de la solicitud de asistencia financiera del CSCHS; y
    - VI. La(s) fecha(s) en que se envió originalmente al paciente un aviso sobre la solicitud de asistencia financiera, la(s) fecha(s) en que se envió originalmente al paciente una solicitud de asistencia financiera y, si corresponde, la fecha en que el CSCHS tomó una decisión sobre la solicitud de Asistencia Financiera del Paciente.
  - g. Esperar al menos 180 días tras la facturación inicial antes de enviar una deuda del paciente al DTAC.
4. Una vez completados los pasos enumerados en el párrafo (3) anterior, el CSCHS podrá enviar la deuda del paciente al DTAC para que lleve a cabo una o más de las siguientes acciones de cobro:
    - a. Llevar a cabo las gestiones de cobro habituales, que incluyen, entre otras cosas, el uso de

extractos de facturación, correspondencia escrita y llamadas telefónicas;

- b. Iniciar acciones civiles contra el paciente de forma que se cumplan todas las leyes aplicables. Mediante un acuerdo interinstitucional por escrito, el CSCHS se asegurará de que el DTAC no inicie una acción civil contra un paciente si dicho paciente tiene una apelación pendiente por la cobertura de los artículos o servicios por los cuales recibió una factura del CSCHS (según se define en el Código de Salud y Seguridad de California, sección 127426, subdivisión (b)), hasta que se tome una determinación final de dicha apelación, si el paciente hace un esfuerzo razonable para comunicarse con el CSCHS y el DTAC sobre el progreso de cualquier apelación pendiente. Una apelación pendiente incluye quejas del plan de salud, revisiones médicas independientes realizadas por el Departamento de Atención Médica Administrada o el Departamento de Seguros, audiencias imparciales de Medi-Cal y apelaciones de Medicare, que se describen en el Código de Salud y Seguridad de California, sección 127426, subdivisión (b).
5. Por medio de un acuerdo interinstitucional por escrito, el CSCHS se asegurará de que con cualquier documento que indique que el inicio de las actividades de cobro puede ocurrir, el DTAC enviará al paciente un aviso que contenga un resumen en lenguaje sencillo de los derechos del paciente de conformidad con la ley de Pólizas de Precios Justos del Hospital, la Ley Rosenthal de Prácticas Justas de Cobro de Deudas, y la Ley Federal de Prácticas Justas de Cobro de Deudas, que incluirá una declaración de que los servicios de asesoría de crédito sin fines de lucro pueden estar disponibles en el área del paciente, de conformidad con el Código de Salud y Seguridad sección 127430; y que en la primera comunicación por escrito al paciente, el DTAC proporcionará una copia de la Carta de Despedida y una



declaración de que han pasado más de 180 días desde la fecha en que el paciente fue inicialmente facturado por los servicios médicos que son la base de la deuda, que el DTAC puede presentar una demanda contra el paciente para cobrar la deuda, y que el DTAC no reportará información adversa a una agencia de informes de crédito.

6. El CSCHS no participará en ninguna de las siguientes acciones de cobro:
  - a. Reportar información adversa sobre una deuda del paciente a una agencia de informes de crédito del consumidor o a una oficina de crédito;
  - b. Vender una deuda del paciente a un comprador de deudas;
  - c. Aplazar o denegar, o exigir un pago antes de proporcionar, atención médicamente necesaria debido a la falta de pago por parte de un paciente de una o más facturas por atención proporcionada previamente;
  - d. Embargar la propiedad inmobiliaria de un paciente;
  - e. Embargar o incautar la cuenta bancaria u otros bienes personales de un paciente; o
  - f. Utilizar embargos salariales o un impuesto sobre una residencia principal como medio de cobro de facturas hospitalarias impagadas de un paciente que reúna los requisitos para recibir asistencia financiera.
7. Cualquier paciente puede solicitar el establecimiento de un plan de pagos sin intereses para el pago de una deuda del paciente.
  - a. Al negociar los términos de un plan de pago con el paciente, el CSCHS tendrá en cuenta los ingresos familiares y los gastos de subsistencia

del paciente.

- b. Si el CSCHS y un paciente que ha calificado para recibir asistencia financiera no pueden llegar a un acuerdo sobre el plan de pago, el CSCHS utilizará la fórmula y las definiciones descritas en la subdivisión (i) de la sección 127400 del Código de Salud y Seguridad de California para crear un plan de pago razonable que consista en pagos mensuales que no sean más del 10 por ciento de los ingresos familiares del paciente para un mes, excluyendo las deducciones por gastos esenciales de subsistencia.
  - c. Un plan de pago puede declararse inoperante después de que el paciente no realice todos los pagos consecutivos adeudados durante un período de 90 días.
  - d. Antes de declarar inoperante un plan de pagos, el CSCHS:
    - I. Va a realizar intentos razonables para ponerse en contacto con el paciente por teléfono, notificar por escrito que el plan de pago puede quedar inoperativo e informar al paciente de la oportunidad de intentar renegociar los términos del plan de pago incumplido.
    - II. A petición del paciente, va a intentar renegociar las condiciones del plan de pagos incumplido.
  - e. El CSCHS no iniciará una acción civil contra un paciente por falta de pago antes del momento en que el plan de pago sea declarado inoperante.
8. El CSCHS no utilizará talones de pago, declaraciones de impuestos, o documentación de bienes obtenida de los pacientes durante el proceso de solicitud de asistencia financiera para actividades de cobranza.

9. En el caso de que el director del ciclo de ingresos del CSCHS o su designado revise una solicitud de asistencia financiera presentada más de 180 días después de la facturación inicial, el director del ciclo de ingresos del CSCHS o su designado solicitará que el DTAC detenga las actividades de cobro, incluyendo la suspensión de acciones civiles, hasta que el director del ciclo de ingresos del CSCHS o su designado haya tomado una decisión sobre la solicitud. En el caso de que un paciente se encuentre elegible para la asistencia financiera después de que la acción civil haya comenzado, el CSCHS trabajará con el DTAC para desestimar la demanda con perjuicio.
10. Nada en esta póliza a impide al CSCHS o al DTAC de perseguir la responsabilidad de terceros de una manera consistente con las leyes aplicables.

#### Pacientes

1. Los pacientes deben dirigir sus preguntas sobre esta póliza a los Servicios Comerciales para Pacientes del CSCHS. Los pacientes pueden comunicarse con el Servicio de Atención al Paciente del CSCHS por teléfono al (408) 885-7470 (lunes a viernes de 8 a.m. a 4:30 p.m.) o personalmente en 770 S. Bascom Ave, San José, CA 95128 (lunes a viernes de 8 a.m. a 4:30 p.m.).
2. Los pacientes deben hacer todos los esfuerzos razonables para responder con prontitud a las declaraciones de facturación y comunicaciones relacionadas del CSCHS y del DTAC.
3. Los pacientes deben hacer todos los esfuerzos razonables para informar al CSCHS si tienen cobertura de seguro médico, Medicare, Medi-Cal u otra cobertura de terceros que pudiera pagar por todos o algunos de los artículos y/o servicios de atención médica recibidos en el CSCHS.
4. Se recomienda a los pacientes que revisen la Póliza de Asistencia Financiera de CSCHS y, si creen que son elegibles para recibir asistencia financiera, completen y envíen una solicitud de asistencia financiera lo antes posible. Los pacientes pueden revisar la Póliza de

Asistencia Financiera completa del CSCHS y descargar una copia de la solicitud de asistencia financiera del CSCHS en <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program>. Los pacientes también pueden comunicarse con el Departamento de Acceso al Paciente de CSCHS llamando al (866) 967-4677 (lunes a viernes de 8am a 5pm) para hacer cualquier pregunta sobre la póliza de asistencia financiera.

Emitido: 08/12/2022