

## **PROGRAMA DE ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA**

### **RESUMEN DE LA POLÍTICA:**

El Sistema de Salud del Condado de Santa Clara (Condado) respalda fortalecer el acceso a la atención médica asequible para todos los residentes del Condado. Por tanto, el Condado a través de este Programa de Acceso a la Atención Médica (también conocido como la Política de asistencia económica para el paciente), ofrece descuentos en los servicios o suministros médicamente necesarios a los pacientes residentes del Condado con ingresos bajos y medios que pagan sus propios gastos, y para los pacientes con costos médicos altos. A continuación, se presenta una breve descripción general de la política. Los pacientes deben revisar la política completa o hablar con un asesor de asistencia económica del Condado para obtener información completa sobre el programa.

- Los pacientes que pagan sus propios gastos son pacientes que no tienen seguro médico (u otra fuente de pago por servicios o suministros médicamente necesarios) y que han demostrado que no son elegibles para el seguro médico promovido por el empleador o los programas de seguros médicos promovidos por el gobierno, como Medi-Cal o Covered California.
- Los pacientes con costos médicos altos son pacientes que incurrieron en gastos de atención médica del Condado, o cuyas familias pagaron a cualquier proveedor de atención médica gastos, que excedieron el 10 % del ingreso de la familia del paciente en los últimos doce (12) meses.
- Los pacientes que pagan sus propios gastos y los pacientes con costos médicos altos que sean residentes del Condado y que tengan ingresos por debajo del 400 % del nivel federal de pobreza son elegibles para el descuento del 100 % de los servicios o suministros médicamente necesarios de los proveedores de atención médica del Condado.
- Los pacientes que pagan por sí mismos y los pacientes con costos médicos altos que sean residentes del Condado y que tengan ingresos por encima del 400 % pero por debajo del 450 %, 550 % o 650 % del nivel federal de pobreza, son elegibles para los descuentos por servicios o suministros médicamente necesarios de los proveedores de atención médica del Condado del 70 %, 50 % o 25 %, respectivamente.
- Los pacientes elegibles cumplen los requisitos para recibir asistencia económica durante un periodo de un año, excepto si el paciente cumple los requisitos para la cobertura del seguro médico por un tercero antes de entonces. Los pacientes deben notificar al Condado los cambios materiales en su elegibilidad (tales como cambios en sus ingresos, acceso a cobertura para servicios de atención médica, composición familiar o gastos médicos). El Condado se reserva el derecho de verificar la elegibilidad de un paciente en cualquier momento.

- Los niveles federales de pobreza cambian anualmente. Los niveles federales de pobreza del 2020 mencionados en esta política se enumeran en el Anexo A.
- Los pacientes elegibles deben presentar una solicitud de asistencia económica completa o cumplir los requisitos para ser considerados como presuntamente inscritos para la atención con descuento de conformidad con esta política en el plazo de 149 días desde la recepción de la primera declaración.
- Por lo general, los pacientes que pagan por sí mismos y los pacientes con costos médicos altos que no sean residentes del Condado no son elegibles para servicios de atención médica de urgencia en centros del Condado de Santa Clara. En aquellos centros en los que exista exceso de capacidad, quienes no sean residentes del Condado pueden recibir servicios de atención médica que no sean de emergencia. Los residentes de fuera del condado que reciben servicios o suministros médicamente necesarios en los centros del Condado y que son pacientes que pagan por sí mismos o pacientes con costos médicos altos, son elegibles para recibir un 100 % de descuento por ese episodio de atención específico si se encuentran por debajo del 400 % del nivel federal de pobreza.

#### **DEFINICIONES:**

1. **Familia o familia del paciente:** para los pacientes mayores de dieciocho (18) años, la familia del paciente incluye a la cónyuge del paciente o a su pareja de hecho y a niños dependientes menores de veintiún (21) años, independientemente de si viven en casa o no. Para los pacientes menores de dieciocho (18), la familia del paciente incluye a los progenitores o parientes cuidadores del paciente y a otros hijos de los padres o de los familiares cuidadores 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 de fuera del Condado:** un residente de fuera del Condado es una persona que no vive en el Condado de Santa Clara.
4. **Ingresos familiares:** el ingreso familiar incluye las ganancias anuales de todos los miembros de la familia del paciente de los doce (12) meses anteriores o del año fiscal anterior, menos los pagos efectuados por pensión alimenticia o infantil.
5. **Paciente que paga por sí mismo:** un paciente que paga por sí mismo es un paciente que no tiene seguro médico (u otra fuente de pago por servicios o suministros médicamente necesarios) y que no es elegible para el seguro médico u otra fuente de pago por parte de terceros por servicios médicos. Los pacientes que pagan por sí mismos incluyen, entre otros: (i) pacientes que cumplen los requisitos para un programa gubernamental de seguros, pero reciben servicios que no están cubiertos por dicho programa y (ii) pacientes cuyos beneficios se agotan antes o durante la prestación de servicios.
6. **Paciente con costos médicos altos:** un paciente con costos médicos altos es un paciente que:
  - a. tiene una fuente de pago por parte de terceros por servicios médicos (es decir, no es un paciente que paga por sí mismo); y
  - b. bien:
    - i. le debe al Condado por gastos de atención médica que superan el 10 % de ingreso familiar del paciente en los doce (12) meses anteriores; o

- ii. los gastos de atención médica pagados por la familia a cualquier profesional de la atención médica superan el 10 % de los ingresos familiares del paciente en los doce (12) meses anteriores.

Estos gastos de atención médica pueden incluir un copago, coaseguro, deducible u otro importe debido a un paciente asegurado bajo el plan de seguro sanitario del paciente.

7. **Presunta inscripción para atención con descuento:** un paciente puede ser considerado apto para el Programa de Acceso a la Atención Médica en función de la información socioeconómica específica del paciente recopilada a partir de fuentes comerciales.
8. **Servicio o suministro médicamente necesario:** un servicio o suministro médicamente necesario es un servicio médico o suministro necesario para tratar o diagnosticar una afección médica, cuya omisión podría afectar negativamente a la salud del paciente. Los siguientes servicios no se consideran generalmente servicios o suministros médicamente necesarios y por lo general no están cubiertos por esta política:
  - 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 anillo corneal de Intac, CAP-C delimitada personalizada.
  - d. Transporte en ambulancia iniciado por el paciente.
  - e. Medicamentos para el estilo de vida, definidos por el Comité de Farmacia y Tratamientos de Santa Clara Valley Medical Center (Santa Clara Valley Medical Center SCVMC).

El Condado se reserva el derecho a cambiar esta lista de servicios o suministros no cubiertos en general. En situaciones excepcionales, por ejemplo, a recomendación de un médico o proveedor participante, el director médico de la empresa o la persona designada puede aprobar uno de estos servicios o suministros como servicio o suministro médicamente necesario para un paciente específico. La decisión del director médico del condado o la persona designada es definitiva.

## **PROCEDIMIENTO:**

### **A. Idoneidad para la asistencia económica**

1. Para recibir asistencia económica conforme a esta política, un paciente debe solicitar asistencia económica mediante la presentación de una Solicitud de asistencia económica completa o cumplir los requisitos como presuntamente inscrito para atención con descuento.<sup>1</sup>
2. Los pacientes deben proporcionar información real, precisa y completa cuando soliciten ayuda económica, incluida la documentación acreditativa necesaria, según lo solicite el condado. Los pacientes pueden ser determinados no elegibles para asistencia económica si proporcionan información falsa o incompleta durante el proceso de solicitud.

---

<sup>1</sup> Los pacientes sin hogar o que expiran mientras reciben servicios y que no tienen una fuente de financiación ni una parte responsable ni una herencia, pueden ser elegibles para asistencia económica aunque no hayan completado una solicitud de asistencia económica o no cumplan los requisitos necesarios como presuntamente inscritos para atención con descuento. El director de Acceso del Paciente o el director del Ciclo de Ingresos o sus designados revisarán dichos casos individualmente caso por caso.

3. Los distintos niveles de asistencia económica están disponibles para los pacientes elegibles en función de los ingresos familiares del paciente.

**Cantidad de asistencia económica disponible para residentes del condado que sean pacientes que pagan por sí mismos o pacientes con costos médicos altos en función de los ingresos familiares**

<b>Ingresos familiares</b>	<b>Cantidad de cancelaciones de las cantidades adeudadas por el paciente para servicios o suministros médicamente necesarios</b>
Ingresos familiares por debajo del <b>400 %</b> del nivel federal de pobreza	Cancelación de atención de caridad del <b>100 %</b>
Ingresos familiares entre <b>400 %–449 %</b> del nivel federal de pobreza	Cancelación de atención de caridad del <b>70 %</b>

Ingresos familiares entre <b>450 %–549 %</b> del nivel federal de pobreza	Cancelación de atención de caridad del <b>50 %</b>
Ingresos familiares entre <b>550 %–649 %</b> del nivel federal de pobreza	Cancelación de atención de caridad del <b>25 %</b>

Los niveles federales de pobreza de 2020 figuran en el Anexo A.

4. Se seleccionará a los pacientes que no tengan seguro médico (u otra fuente de pago por servicios o suministros médicamente necesarios) para determinar si son elegibles para cualquier programa de salud estatal o federal o cualquier otra fuente de pago de terceros.
5. Los pacientes que buscan asistencia económica deben solicitar todo seguro médico (u otras fuentes de pago de los servicios o suministros médicamente necesarios) para los que sean elegibles, a menos que el director del Ciclo de Ingresos del Condado exima al paciente de la obligación, tal como se describe a continuación.
6. El hecho de que un paciente no haga todo lo razonablemente posible para obtener un seguro médico (u otra fuente de pago por servicios o suministros médicamente necesarios) puede ser motivo para denegar la asistencia económica.
7. El director del Ciclo de Ingresos puede eximir de este requisito a los pacientes que puedan sufrir consecuencias negativas de inmigración según la norma final sobre “Inadmisibilidad por motivos de cargo público”, Registro Federal 84 Página 41,292 (14 de agosto de 2019).  
 Por ejemplo, los pacientes adultos de 21 años o más que estén buscando residencia legal permanente y que tengan los siguientes estados de inmigración podrían no estar obligados a solicitar un seguro médico con financiación federal: (1) pacientes con permiso humanitario para Estados Unidos de al menos un año, (2) pacientes a quienes se les otorgó la suspensión de la deportación o salida, (3) pacientes que se les otorgó la entrada condicional antes del 1 de abril de 1980, (4) migrantes cubano-haitianos o (5) pacientes con Medi-Cal ligado a la Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) desde antes del 22 de agosto de 1996.
8. Los pacientes que soliciten asistencia económica deben proporcionar pruebas de su elegibilidad. Los elementos de prueba aceptados se describen en la Lista de verificación para la Solicitud de asistencia económica.

**B. Ámbito de la asistencia económica**

1. Por lo general, la ayuda económica se extiende por un periodo de un año, excepto si el paciente cumple los requisitos para una fuente de cobertura de un seguro médico de terceros antes de entonces.
2. Por lo general, la ayuda económica comienza el primer día del mes en el que el paciente presentó su solicitud de asistencia económica completa o presunta inscripción para atención con descuento Si un paciente recibió servicios o suministros médicamente necesarios, la ayuda económica puede comenzar tres meses antes de esa

- fecha. El director del Ciclo de Ingresos también tiene el criterio de ofrecer descuentos adicionales cuando se muestre una buena causa.
3. Los pacientes deben volver a solicitar asistencia económica anualmente, según corresponda, ya sea mediante la presentación de una solicitud de renovación de asistencia económica o al cumplir los requisitos nuevamente para la presunta inscripción para atención con descuento
  4. Los pacientes deben notificar al Condado los cambios sustanciales en su elegibilidad (tales como cambios en sus ingresos, acceso a la cobertura de servicios médicos, composición familiar o gastos médicos) en el plazo de sesenta (60) días o en el siguiente punto de servicio, lo que ocurra primero. El Condado se reserva el derecho de verificar la elegibilidad de un paciente en cualquier momento.
  5. Se puede determinar que los pacientes no son elegibles para recibir asistencia económica si no notifican al Condado los cambios en su elegibilidad.
  6. Los pacientes elegibles podrán recibir asistencia económica para servicios o suministros médicamente necesarios de proveedores de atención médica del Condado. Los pacientes no tienen derecho a recibir asistencia económica por servicios que no sean servicios o suministros médicamente necesarios, o para los honorarios del profesional médico facturados por separado o por transporte en ambulancia no solicitado por el Condado. En el caso poco frecuente de que se necesite la derivación fuera del sistema de salud del Condado, el director médico de la empresa o la persona designada podrá aprobar la ayuda económica para servicios y suministros médicamente necesarios obtenidos fuera del sistema de salud del Condado.
  7. Si el paciente no se inscribe en el Programa de Acceso a la Atención Médica y no paga su factura, la cuenta puede transferirse al Departamento de Impuestos y Recaudación. En determinados casos, se requiere una investigación adicional para determinar la idoneidad para este programa. Si se descubre que un paciente puede ser apto para un descuento económico, y la cuenta del paciente ya está en el área de facturación/cobro, la cuenta del paciente se retirará de facturación/cobro. Si se determina que la cuenta es elegible para ayuda financiera, el Sistema de Salud del Condado de Santa Clara revertirá la cuenta de una mala deuda y documentará los cargos asociados como un descuento económico del paciente.

### **C. Residentes no pertenecientes al condado**

1. Los pacientes que pagan por sí mismos y pacientes con costos médicos altos que son residentes de fuera del Condado generalmente no son elegibles para servicios médicos de urgencia en centros del Condado de Santa Clara. En aquellos centros en los que exista exceso de capacidad, los residentes de fuera del Condado pueden recibir servicios de atención médica que no sean de emergencia.
2. Los residentes de fuera del Condado que reciban servicios o suministros médicamente necesarios en los centros del Condado y que sean pacientes que pagan por sí mismos y pacientes con altos costos médicos son elegibles para recibir una compensación del 100 % sobre dichos servicios si sus ingresos están por debajo del 400 % del nivel federal de pobreza.
3. Los residentes de fuera del Condado que cumplan los requisitos pueden recibir asistencia económica episódica y no asistencia económica continua.

#### **D. Apelaciones**

1. El Condado emitirá una decisión en el plazo de 30 días a partir de la recepción de la solicitud de asistencia económica completa del paciente.
2. Un paciente a quien se negara asistencia económica puede apelar la denegación por escrito. Una apelación debe contener la base para la apelación y el apoyo solicitado. Los formularios de apelación están disponibles poniéndose en contacto con Acceso del Paciente al (877) 967-4677.
3. Las apelaciones deben recibirse en la siguiente dirección en el plazo de treinta (30) días desde la denegación:  
County of Santa Clara Health System Patient Business Services  
2325 Enborg Lane, Suite 440  
San José, CA 95128  
Attention: Revenue Cycle Director
4. El director del Ciclo de Ingresos decidirá todas las apelaciones iniciales en el plazo de treinta (30) días.
5. Si el director del Ciclo de Ingresos ratifica la denegación inicial, un paciente puede presentar una segunda apelación por escrito. Cualquier apelación secundaria debe ser recibida por el director financiero del Sistema de Salud del Condado de Santa Clara a la dirección indicada a continuación en el plazo de treinta (30) días desde la denegación de la apelación inicial:  
County of Santa Clara Health System Finance Department  
2325 Enborg Lane, Suite 360  
San José, CA 95128  
Attention: Chief Financial Officer
6. El director financiero decidirá todas las apelaciones secundarias en el plazo de treinta (30) días.
7. La decisión sobre cualquier segunda apelación será definitiva.

#### **E. Procedimientos de notificación**

1. La política de asistencia económica y los anexos se deberán proporcionar a la Oficina de Planificación y Desarrollo de la Salud (Office of Statewide Health Planning and Development, OSHPD) al menos el 1.º de enero, o siempre que se realice un cambio significativo. Si no se hace ningún cambio significativo desde que estos documentos se presentaron por última vez, se notificará al OSHPD que no se ha realizado ningún cambio significativo.

#### **ANTECEDENTES DE LA POLÍTICA:**

Esta política está destinada a cumplir con las siguientes leyes:

- Ley de Políticas de Precios Justos en los Hospitales (Hospital Fair Pricing Policies, HFFP) de California. Código de Salud y Seguridad, sección 127400 y siguientes.
- Ley de Políticas de Precios Justos de Médicos de Emergencias (California Emergency Physician Fair Pricing Policies, EPFPP) de California. Código de Salud y Seguridad, sección 127450 y siguientes.
- Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA) de 2010, Código de Ingresos Internos (Internal Revenue Code, CRI), sección 501(r)
- Parte 1 a 53, Título 26, Código de Reglamentos Federales, Partes

Esta política constituye el programa de atención benéfica del condado. Esta política se aplicará de forma sistemática a todos los pacientes del Condado.

Esta política se aplica únicamente a los servicios o suministros médicamente necesarios de los proveedores de atención médica del Condado. Se puede encontrar una lista actualizada de profesionales médicos del Condado a través de la página “Buscar un proveedor”: <https://www.scvmc.org/Find-A-Supplier/Pages/Find-A-Provider.aspx>. Se puede encontrar una lista de los hospitales y clínicas del Condado en: <https://www.scvmc.org/Pages/home.aspx>.

Por la presente se informa a los pacientes que los médicos de emergencias, según se definen en la sección 127450 del Código de Salud y Seguridad de California, que proporcionan servicios médicos de emergencia en los centros del Condado, están obligados por ley a proporcionar descuentos para pacientes que pagan por sí mismos y pacientes con costos médicos altos que estén por debajo del 350 % del nivel federal de pobreza.

Esta póliza no exime ni altera ninguna disposición contractual o tasa negociada por y entre el Condado y un tercer pagador, ni proporciona descuentos a terceros pagadores no contratados ni a otras entidades que sean legalmente responsables de efectuar pagos en nombre de un beneficiario, persona cubierta o asegurado. No permite la exención rutinaria de deducibles, copagos o coaseguros impuestos por compañías de seguros para pacientes que no cumplen los requisitos para la asistencia económica.

### **RESPONSABILIDAD:**

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

Esta política de ayuda económica sustituye a las siguientes políticas actualmente inválidas: Escala móvil, núm. 924.0 de Valley Medical Center; Programa de determinación de capacidad para pagar (Ability to Pay Determination, APD), núm. 735.0 de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS); Política de asistencia económica, núm. 4765025 del O’Connor Hospital y Política de asistencia financiera, núm. 5424657 del St. Louise Regional Hospital.



Anexo A

Tabla de niveles federales de pobreza de 2020

2020 NIVELES FEDERALES DE POBREZA									
Tamaño del hogar	Medi-Cal elegibles	100 % menor		70 % menor		50 % menor		25 % menor	
	138 %	139 %	399 %	400 %	449 %	450 %	549 %	550 %	649 %
1	1467 USD	1478 USD	4243 USD	4253 USD	4774 USD	4785 USD	5838 USD	5848 USD	6901 USD
	17 609 USD	17 736 USD	50 912 USD	51 040 USD	57 292 USD	57 420 USD	70 052 USD	70 180 USD	82 812 USD
2	1983 USD	1997 USD	5732 USD	5747 USD	6451 USD	6465 USD	7887 USD	7902 USD	9324 USD
	23 791 USD	23 964 USD	68 788 USD	68 960 USD	77 408 USD	77 580 USD	94 648 USD	94 820 USD	111 888 USD
3	2498 USD	2516 USD	7222 USD	7240 USD	8127 USD	8145 USD	9937 USD	9955 USD	11 747 USD
	29 974 USD	30 191 USD	86 663 USD	86 880 USD	97 523 USD	97 740 USD	119 243 USD	119 460 USD	140 963 USD
4	3,013 USD	3035 USD	8712 USD	8733 USD	9 803 USD	9 825 USD	11 987 USD	12 008 USD	14 170 USD
	36 156 USD	36 418 USD	104 538 USD	104 800 USD	117 638 USD	117 900 USD	143 838 USD	144 100 USD	170 038 USD
5	3528 USD	3554 USD	10 201 USD	10 227 USD	11 479 USD	11 505 USD	14 036 USD	14 062 USD	16 593 USD
	42 338 USD	42 645 USD	122 413 USD	122 720 USD	137 753 USD	138 060 USD	168 433 USD	168 740 USD	199 113 USD
6	4043 USD	4073 USD	11 691 USD	11 720 USD	13 156 USD	13 185 USD	16 086 USD	16 115 USD	19 016 USD
	48 521 USD	48 872 USD	140 288 USD	140 640 USD	157 868 USD	158 220 USD	193 028 USD	193 380 USD	228 188 USD
7	4559 USD	4592 USD	13 180 USD	13 213 USD	14 832 USD	14 865 USD	18 135 USD	18 168 USD	21 439 USD
	54 703 USD	55 100 USD	158 164 USD	158 560 USD	177 984 USD	178 380 USD	217 624 USD	218 020 USD	257 264 USD
8	5074 USD	5111 USD	14 670 USD	14 707 USD	16 508 USD	16 545 USD	20 185 USD	20 222 USD	23 866 USD
	60 886 USD	61 327 USD	176 039 USD	176 480 USD	198 099 USD	198 540 USD	242 219 USD	242 660 USD	286 389 USD

Para los pacientes que no pueden completar una solicitud o proporcionar toda la documentación necesaria, el sistema de salud puede desarrollar y respaldarse en una herramienta para inscribir presuntamente a pacientes en el Programa de Acceso de Atención Médica con base en la inscripción existente en programas como los servicios a las personas sin hogar, Programa para Mujeres Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC), el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria [(Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) también conocido como cupones para alimentos) y ciertas viviendas subvencionadas.