

Título: AD: Política de asistencia financiera para pacientes				
Nivel de política	<input checked="" type="checkbox"/>	Nivel de sistema: establece las expectativas para todos los empleados de JMH		
	<input type="checkbox"/>	Nivel de entidad: establece las expectativas para empleados en <u>múltiples departamentos</u> dentro de una o más entidades		
	<input type="checkbox"/>	Nivel de departamento: establece expectativas para empleados en <u>un solo</u> departamento en uno o más centros		
Departamento	<input type="checkbox"/>			
Entidad(es)	<input checked="" type="checkbox"/>	Centro médico Concord (Concord Medical Center, CMC)	<input checked="" type="checkbox"/>	Centro médico Walnut Creek (Walnut Creek Medical Center, WCMC)
	<input type="checkbox"/>	Red de médicos (Physician Network, PN)	<input checked="" type="checkbox"/>	Red de salud conductual (Behavioral Health Center, BHC)
Tipo de documento	<input type="checkbox"/> Política <input type="checkbox"/> Procedimiento <input checked="" type="checkbox"/> Política y procedimiento			

I. Propósito:

Establecer criterios claros y un proceso justo para entregar asistencia financiera a los pacientes que (i) requieren servicios hospitalarios médicamente necesarios y (ii) tienen medios limitados o no tienen medios de pagar por dichos cuidados. Esta política fue diseñada para cumplir con la Ley de políticas de precios hospitalarios justos (California Hospital Fair Pricing Law) (Código de salud y seguridad de California, § 127400 y subsiguientes), la Ley de prácticas justas de cobranza de deudas de California (California Fair Debt Collection Practices Act) (Código civil de California, 1788 y subsiguientes), el Artículo 501(r) del Código de Impuestos Internos de Estados Unidos (United States Internal Revenue Code) y la orientación de la Oficina del Inspector General (Office of Inspector General) del Departamento de Salud de Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de los Estados Unidos respecto a la asistencia financiera para pacientes no asegurados y con seguro insuficiente.

Definiciones:

Idiomas designados: Los idiomas designados son inglés, español y cualquier otro idioma hablado por más de 1,000 pacientes (incluidos pacientes ambulatorios y hospitalizados) que reciben atención en un Hospital de JMH en un período de doce meses medido en la encuesta de idiomas más reciente realizada por el Departamento de mejora de la salud comunitaria (Community Health Improvement Department) de JMH. Dicha evaluación se realizará y documentará al menos cada tres años previa solicitud del departamento de Finanzas de JHM.

Familia: Para pacientes de 18 años de edad o más, la familia de un paciente se define como su (i) cónyuge o pareja doméstica (según lo definido en el Artículo 297 del Código familiar de California) y (ii) los hijos dependientes menores de 21 años (vivan o no en el hogar). Para las personas menores de 18 años de edad, se define que la familia del paciente incluye (i) al padre/madre o familiar cuidador y (ii) otros hijos menores de 21 años de edad del padre/madre o familiar cuidador.

Emergencia de salud: El Director financiero (Chief Financial Officer) de JMH, o la persona designada por él/ella, puede declarar una “Emergencia de salud” en virtud de esta Política si él/ella determina a su discreción que circunstancias extraordinarias y urgentes justifican una expansión temporal de la asistencia financiera conforme a esta Política.

Servicio hospitalario: Un Servicio hospitalario es un servicio que (i) es proporcionado por un Hospital JMH en el contexto de una hospitalización o en centro ambulatorio con licencia del hospital y (ii) es facturado por un Hospital de JMH. El término no incluye (i) servicios profesionales de médicos o profesiones de práctica avanzada que se facturan por separado o (ii) servicios proporcionados por una persona o centro fuera de un hospital autorizado.

Medicamento necesario: Un servicio medicamento necesario es aquel que (i) es absolutamente necesario para tratar o diagnosticar un paciente, (ii) podría perjudicar la afección del paciente si no se realiza y (iii) no se considera una intervención o tratamiento electivo o cosmético.

Plan de pago razonable: Un Plan de pago razonable es aquel que incorpora pagos mensuales al Hospital que no representan más del 10 por ciento del Ingreso familiar del paciente para el mes (después de descontar los Gastos esenciales de manutención de dicho ingreso) y prohíbe cualquier cobro de intereses sobre el saldo pendiente de pago. “Gastos esenciales de manutención” significa, para los fines de esta definición, gastos por cualquier de lo siguiente: renta o pago de vivienda y mantenimiento, alimentos y productos para el hogar, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguro, escuela o guardería infantil, pensión de manutención de hijos o cónyuge, gastos de transporte o automóvil, incluido seguro, combustible y reparaciones, pagos a plazos, lavado y limpieza de ropa y otros gastos extraordinarios.

Paciente de auto-pago (pago por cuenta propia): Un paciente que (i) tiene un Ingreso familiar del 400% o menos del Nivel de pobreza federal (“**FPL**”, por sus siglas en inglés) y (ii) no tiene cobertura de terceros para los servicios específicos prestados por el hospital. Un paciente que tienen cobertura de terceros para ciertos servicios hospitalarios calificará como Auto-pago para aquellos Servicios hospitalarios que caen fuera del alcance de la cobertura del paciente (incluido, entre otros, Servicios hospitalarios no cubiertos, días denegados, estadías denegadas). En cambio, un paciente que carezca de cobertura de seguro médico general no calificará como Auto-pago si él o ella tiene una fuente específica de pago para la afección que dio lugar a los Servicios hospitalarios (por ej., indemnización laboral, seguro de automóvil y responsabilidad de terceros).

Paciente con seguro insuficiente: Un paciente que tiene (i) un Ingreso familiar del 400 % o menos del FPN; (ii) cobertura de terceros para el servicio hospitalario medicamento necesario (es decir, no es un Paciente de auto-pago con respecto al Servicio hospitalario medicamento necesario proporcionado); y (iii) tiene gastos de bolsillo agregados de todas las fuentes en los doce (12) meses anteriores que superan el 10% del menor del valor anualizado del Ingreso familiar actual o el Ingreso familiar en los 12 meses anteriores.

II. Política:

Alcance general. Esta política está diseñada para proporcionar asistencia a pacientes que (i) requieren Servicios hospitalarios medicamente necesarios, (ii) tienen un Ingreso familiar del 400 % o menos del FPL, y (iii) son Pacientes de auto-pago o Pacientes con seguro insuficiente. Esta política y los criterios de selección financieros deben aplicarse de forma consistente a todos los casos en JMH. Todas las decisiones adoptadas en virtud de esta Política, incluida la decisión de otorgar o denegar la asistencia financiera, se basará en una determinación individualizada de la necesidad financiera y no tomará en cuenta la raza, color, origen nacional, ciudadanía, religión, credo, género, preferencia sexual, edad o discapacidad.

A. Exclusiones: Esta política aborda la asistencia financiera solo para Servicios hospitalarios medicamente necesarios. En ella se excluye de forma expresa (i) los Servicios hospitalarios que no sean medicamente necesarios, (ii) servicios distintos a los Servicios hospitalarios y (iii) servicios profesionales facturables por separado proporcionados en el hospital (incluso si son medicamente necesarios). Por último, esta política no se aplicará si el paciente o la parte responsable (i) no proporciona la información mencionada en esta política después de solicitudes razonables de JMH, (ii) proporciona información falsa sobre la elegibilidad financiera, o (iii) no hace los esfuerzos razonables para solicitar y recibir beneficios de seguro patrocinados por el gobierno para los cuales pueda ser elegible.

B. Servicios profesionales.

1. General. Tal como se indicó anteriormente, esta Política no proporciona asistencia financiera para servicios facturables por separado de médicos o profesionales de práctica avanzada que atienden en el Hospital. En cambio, dichos profesionales eligen de forma independiente si desean ofrecer asistencia financiera o no (y si lo hacen, los términos según los cuales se ofrecerá dicha asistencia). JMH mantendrá una lista de cada médico y profesional de práctica avanzada acreditado que atiendan en el Hospital ("**Lista de profesionales**") e indicará por separado para cada profesional identificado si él o ella ha aceptado obligarse por los términos de esta política. La Lista de profesionales se actualizará trimestralmente, indicará la fecha en que se actualizó por última vez y estará disponible en línea y en cualquier lugar donde se coloque esta Política o en una copia física gratuita. La lista estará disponible una vez se envíe una solicitud al Director de servicios financieros para pacientes (Director of Patient Financial Services) o al Director ejecutivo de ciclo de ingresos (Executive Director Revenue Cycle), 5003 Commercial Circle, Concord, CA 94520.
2. Sin embargo, cabe señalar que un médico de emergencia que presta servicios médicos de emergencia en un hospital de JMH (o no de JMH) está obligado a proporcionar descuentos a pacientes sin seguro o pacientes con costos médicos altos que tienen un Ingreso familiar del 400 % o menos del Nivel de pobreza federal. Esto se aplicará independientemente de si un médico de emergencia y su consultorio hayan aceptado específicamente obligarse por esta política.

- C. Limitación en los cobros: A un Paciente de autopago o un Paciente con seguro insuficiente que recibe Servicios hospitalarios medicamente necesarios se le pedirá que no pague más del pago máximo autorizado por Medicare para el servicio proporcionado. Sin embargo, según los términos de esta política, a ningún paciente considerado elegible para recibir Asistencia financiera se le cobrarán los cargos por Servicios elegibles mientras esté cubierto por esta política.

III. Procedimiento:

A. Comunicación de la Política de asistencia financiera

1. Se entregará a los pacientes un folleto y un resumen en lenguaje sencillo detallando la Política de asistencia financiera en los Idiomas designados mencionando lo siguiente: (i) la asistencia ofrecida en virtud de esta política, (ii) los criterios de elegibilidad para recibir asistencia, (iii) cómo solicitar la asistencia, (iv) la dirección del sitio web y la ubicación física para obtener por correo una copia gratuita de esta política y un formulario de solicitud de asistencia financiera, (v) la información de contacto (incluido el número de teléfono y la ubicación física) de la oficina o departamento donde un paciente puede recibir asistencia con el proceso de solicitud, (vi) el hecho de que a las personas elegibles para asistencia según esta política no se les puede cobrar más de la tarifa por servicio autorizada por Medicare para Servicios hospitalarios medicamente necesarios; (vii) el hecho de que esta política, el resumen en lenguaje sencillo y el formulario de solicitud están disponibles en los Idiomas designados.
2. El folleto y el resumen en lenguaje sencillo se entregarán a los pacientes en los Idiomas designados al momento del servicio cuando dichos pacientes (i) estén en el Departamento de admisión, Departamento de emergencia, Registro de pacientes, Servicios financieros para pacientes o en otros entornos hospitalarios donde se pueda facturar a los pacientes por Servicios hospitalarios incluso si no son ingresados y (ii) no parezcan tener cobertura de terceros.
3. Se colocará un aviso en los Idiomas designados en lugares visibles a través del Hospital, incluido el Departamento de admisión, el Departamento de emergencia, el Registro de pacientes y los Servicios financieros para pacientes y otros entornos ambulatorios del Hospital donde se pueda facturar a los pacientes por Servicios hospitalarios incluso si no son ingresados.
4. El folleto y el resumen en lenguaje sencillo también estarán disponibles en los Idiomas designados en nuestro sitio web.
5. Los pacientes recibirán información sobre esta política en sus estados de cuenta y cartas de acción de cobro.
6. Se podrán usar otros lugares para educar e informar a la población de pacientes y médicos sobre la disponibilidad del Programa de asistencia financiera para pacientes según se considere apropiado.

B. Determinación de la elegibilidad

1. Pacientes sin cobertura de terceros.
 - a. Si el paciente no indica una cobertura de terceros pagadores, o solicita asistencia financiera, debe entregarse al paciente una solicitud para el programa Medi-Cal, el programa Healthy Families (familias sanas), la cobertura ofrecida a través del Beneficio de salud intercambiable de California (California Health Benefits Exchange), los Servicios para niños de California (California Children's Services, CCS), u otro programa de cobertura médica estatal o del condado antes de que el Paciente abandone el hospital. También se podrá referir al Paciente al centro de consumidores de salud Health Consumer Center, Bay Area Legal Aid, 1735 Telegraph Ave, Oakland, CA 94612; (855) 693-7285, <http://healthconsumer.org/index.php?id=446>, u otra agencia según corresponda.
 - b. Se ofrecerá a todos los pacientes sin seguro la oportunidad de completar una Solicitud de asistencia financiera del paciente (Patient Financial Assistance Application). El formulario está disponible en todos los Idiomas designados. La Solicitud de asistencia financiera para el paciente se usará para determinar la elegibilidad de un paciente para programas gubernamentales locales, estatales y federales así como asistencia en virtud de esta Política. Un paciente que busque asistencia en virtud de esta Política debe completar la Solicitud, y se verificará el Ingreso familiar. El período de solicitud es 240 días desde la fecha de la primera declaración de cargos del paciente. JMH o su designado llevará a cabo la determinación de elegibilidad. Será responsabilidad del paciente cooperar con el proceso de recopilación de información. Se proporcionará información específica del paciente al Condado y al Estado conforme a las pautas del Condado y el Estado para las determinaciones de elegibilidad.
2. Un solicitante debe proporcionar lo siguiente a fin de ser considerado para recibir asistencia financiera en virtud de esta política: (i) la declaración de impuestos más reciente presentada por cada miembro de la familia (o certificación de que el miembro de la familia no presentó la declaración de impuestos), (ii) estados de sueldo que cubran los 3 meses más recientes para cada miembro de la familia o (iii) los tres estados de cuenta bancaria más recientes para cada cuenta bancaria o cuenta de inversión que tenga cada miembro de la familia (si el solicitante quiere ser considerado para atención gratuita y no solo para atención con descuento), (iv) comprobantes de gastos médicos de bolsillo relevantes para determinar si es un Paciente con seguro insuficiente, (v) comprobantes de pago de la renta o hipoteca de los últimos tres meses y (vi) una autorización que permite a JMH o sus agentes o representantes comunicarse con terceros para validar la exactitud e integridad de los documentos presentados. La documentación de ingresos y activos presentados a JMH al solicitar asistencia financiera según esta Política no se usará para actividades de cobro.
 - a. Todos los pacientes potencialmente elegibles deben solicitar asistencia a través de los programas estatales, del condado o de otras entidades gubernamentales antes de que se les considere para recibir asistencia

financiera de acuerdo a esta Política. La asistencia financiera se proporcionará de acuerdo a esta política solo después de que JMH reciba una copia del aviso de denegación de dichos programas. JMH tomará en cuenta para su determinación el no cumplimiento del proceso de solicitud o la no presentación de los documentos requeridos. JMH revisará las solicitudes de asistencia financiera del paciente una vez al mes para decidir su aprobación.

- b. Un paciente sin cobertura de terceros (y no elegible para cobertura de los programas estatales, del condado y otras entidades), tendrá derecho a Servicios hospitalarios medicamente necesarios gratuitos en virtud de esta Política si la suma de lo siguiente equivale al 400 % o menos del nivel de pobreza federal (FPL):
 - 1) El Ingreso familiar del paciente (validado según su declaración federal de impuestos más reciente y los últimos tres meses de talones de sueldo de cada miembro de la familia); y
 - 2) Los activos monetarios del paciente (activos que se pueden convertir fácilmente a dinero en efectivo como cuentas bancarias y acciones que cotizan en bolsa) después de excluir (i) los primeros \$10,000 de activos monetarios (activos líquidos) y (ii) el 50% de los activos monetarios de un paciente (activos líquidos) sobre los primeros \$10,000. Las cuentas de jubilación y los planes de compensación diferida definidos por el IRS (tanto calificados como no calificados) no se considerarán como activos monetarios y no se tomarán en cuenta.
 - c. Los saldos aprobados se enviarán para condonación a un código de transacción asignado a la Asistencia financiera para pacientes, y seguirá la autoridad de firmas conforme a las Pautas de condonación de JMH. Todas las cantidades recuperadas de una cuenta se identificarán y se tomarán medidas para asegurar que la asistencia disminuida se refleje apropiadamente en el libro mayor.
 - d. John Muir Health ejecuta un archivo a través de una herramienta reconocida a nivel nacional, Experian, en los Saldos de auto-pago antes de enviar la cuenta de un paciente a Mala deuda. El archivo usa el número del seguro social del paciente y la información demográfica para obtener su puntuación de FPL. Para todos los Saldos de auto-pago para Servicios hospitalarios medicamente necesarios que indiquen un Ingreso familiar de 400 % o menos, se genera un archivo y se informa a John Muir Health. Al validar que el paciente no tiene Medi-Cal, se elimina el 100% del saldo a Supuesta beneficencia.
3. Pacientes con cobertura de terceros.
- a. Los pacientes con cobertura de terceros, pero que tengan costos médicos de bolsillo significativos serán evaluados para determinar si califican como Pacientes con seguro insuficiente. Cuando el paciente solicite asistencia financiera, se informará al paciente de los criterios para calificar como

Ad: Política de asistencia financiera para pacientes

Paciente con seguro insuficiente según esta Política y la necesidad de proporcionar comprobantes de gastos para cualquier servicio médico prestado por otros proveedores en los últimos doce meses. Será decisión del paciente si desea presentar la solicitud de asistencia o no. Sin embargo, el Hospital debe asegurar que se entregó al paciente toda la información perteneciente a la Política de asistencia financiera.

- b. Todo paciente que solicite asistencia de acuerdo a esta Política debe completar la Solicitud de asistencia financiera del paciente. Se verificará el ingreso familiar.
- c. Las solicitudes no se podrán presentar más de 240 días después de la fecha de la primera declaración de cargos entregada al paciente. JMH o su designado llevará a cabo la determinación de la elegibilidad. Será responsabilidad del paciente cooperar con el proceso de recopilación de información. JMH revisará las solicitudes de asistencia financiera del paciente una vez al mes para decidir su aprobación.
- d. JMH renunciara a todas las tarifas de bolsillo para Servicios hospitalarios medicamente necesarios proporcionados al Paciente con seguro insuficiente si el paciente está en el 400% o menos del Nivel de pobreza federal y el paciente ha tenido gastos médicos de bolsillos en los últimos doce (12) meses que superen el 10% de la cantidad inferior del valor anualizado del Ingreso familiar actual del paciente o del Ingreso familiar real en los últimos 12 meses.
 - 1) El Ingreso familiar del paciente (validado según su declaración federal de impuestos más reciente y los últimos tres meses de talones de sueldo de cada miembro de la familia); y
 - 2) Activos monetarios del Paciente (activos que se pueden convertir rápidamente a dinero en efectivo, como cuentas bancarias o acciones que cotizan en bolsa) después de excluir (i) los primeros \$10,000 de activos monetarios (activos líquidos) y (ii) el 50% de los activos monetarios del paciente (activos líquidos) sobre los primeros \$10,000. Las cuentas de jubilación y los planes de compensación diferida definidos por el IRS (tanto calificados como no calificados) no se considerarán como activos monetarios y no se tomarán en cuenta.
- e. Los saldos aprobados se enviarán para condonación a un código de transacción asignado a la Asistencia financiera para pacientes, y seguirá la autoridad de firmas conforme a las Pautas de condonación de JMH. Todas las recuperaciones de una cuenta que ha calificado y fue absorbida debe tener un Código de ajuste de asistencia para asegurar que la asistencia reducida se refleje apropiadamente en el libro mayor.

C. Proceso de revisión

- 1. Los requisitos anteriores serán revisados y aplicados de forma consistente en JMH al tomar una determinación sobre el caso de cada paciente.

2. La información recopilada en la Solicitud de asistencia financiera del paciente podrá ser verificada por JMH. Se podrá requerir una renuncia o permiso que autorice al Hospital a obtener información de cuentas de una institución financiera o comercial u otra entidad que tenga o mantenga los activos monetarios para verificar su valor. La firma del paciente en la Solicitud de asistencia financiera del paciente certificará que la información contenida en el formulario es correcta y completa.
3. Cualquier paciente, o representante legal del paciente, que solicite atención de beneficencia o con descuento en virtud de esta política, hará todos los esfuerzos razonables para proporcionar a JMH la documentación de ingresos y toda la cobertura de beneficios de salud. El no proporcionar esa información podría dar lugar a que se le deniegue la asistencia financiera.
4. En el caso de Servicios hospitalarios para pacientes internados, se requerirá la Solicitud de asistencia financiera del paciente cada vez que el paciente sea internado y será válida para la hospitalización actual y se aplicará de forma retroactiva a los Servicios hospitalarios hasta seis meses antes del ingreso actual. En el caso de los Servicios hospitalarios ambulatorios, la Solicitud de asistencia financiera del paciente se deberá presentar cada seis meses.
5. Se notificará al paciente por escrito la aprobación o el motivo de la denegación de la asistencia financiera, además de sus derechos de apelación. Vea la sección de Apelaciones/Procedimientos de información. Dicha notificación se realizará en los Idiomas designados.
6. La responsabilidad de pago específica por descuentos requerirá un episodio de atención o plan de tratamiento que será determinado y cuyo precio se fijará para permitir la exactitud de la información de reembolso del programa de salud federal. Para los pacientes con seguro insuficiente, puede ser necesario esperar hasta que el pagador haya adjudicado el reclamo para determinar la responsabilidad financiera del paciente.

D. Prácticas de facturación y cobro a los pacientes

1. Los pacientes que no han presentado prueba de cobertura de un tercero en o antes de que se realice la atención, se les entregará una declaración de cargos por los Servicios hospitalarios ("**Statement of Charges**", en inglés). La declaración de cargos incluirá (i) un extracto de los cargos por los Servicios hospitalarios prestados, (ii) una solicitud para entregar al Hospital la información de seguro médico o de cobertura de tercero y (iii) una copia del Resumen. La declaración también indicará si el paciente no tiene cobertura de seguro médico, si él o ella puede ser elegible para Medi-Cal, o el programa Healthy Families, la cobertura ofrecida a través del Beneficio de salud intercambiable de California, los Servicios para niños de California, otra cobertura de salud financiada por el gobierno o asistencia financiera según esta política. Por último, la Declaración indicará que (i) el Hospital entregará las solicitudes para dicha cobertura y asistencia, (ii) el teléfono y la dirección física donde pueden obtenerse dichas solicitudes y (iii) el teléfono y la información de contacto para el centro local de asistencia al consumidor en la Oficina de servicios legales (Legal Services Office).

2. Antes de enviarla a cobros, el paciente recibirá una carta detallando las cuentas que se enviarán a cobro y sus opciones de pago antes de que esto ocurra. La carta especificará (i) las fechas de servicio para la atención correspondiente, (ii) la entidad que se encargará de los cobros, (iii) cómo obtener una cuenta detallada del hospital, (iv) la cobertura médica para el paciente en archivo al momento del servicio (o la ausencia de cobertura), (vi) la solicitud de asistencia financiera del hospital, (vii) la fecha o fechas en que el paciente entregó información anteriormente para solicitar la asistencia financiera y (viii) la fecha de determinación sobre cualquier solicitud previa de asistencia.
3. El hospital o las agencias de cobros que contrate deben enviar una notificación especificando lo siguiente por lo menos treinta (30) días antes de comenzar una acción de cobro: (i) las actividades de cobro que el Hospital o la agencia de cobros contratada pueden tomar y (ii) el cronograma probable en que estas se realizarán. Esta información se incluirá en la carta de entrega que se envía antes de que se envíe la cuenta del paciente a cobros.
4. Los pacientes pueden solicitar información sobre la Política de asistencia financiera para pacientes verbalmente o por escrito, y se entregará al paciente una Solicitud de asistencia financiera del paciente. La correspondencia escrita con el paciente será en el Idioma designado.
5. Si el paciente intenta calificar para asistencia según esta política, y está intentando de buena fe pagar una cuenta pendiente, el Hospital no enviará la cuenta pendiente a una agencia de cobros u otra entidad designada a menos que dicha entidad haya aceptado cumplir esta política. En cualquier caso, se dará al paciente una oportunidad razonable para completar el proceso de solicitud antes de que se tome alguna acción de cobro.
6. Si el paciente tiene una apelación pendiente para cobertura de un Servicio hospitalario medicamente necesario por un tercero pagador y hace los esfuerzos razonables por mantener a JMH informado de dicho proceso, JMH suspenderá las acciones de cobro hasta que finalice la apelación o el paciente deje de informar oportunamente sobre la apelación.
7. Los pacientes deben informar con prontitud al JMH sobre cualquier cambio en su información financiera.
8. La información sobre el Ingreso familiar del paciente no se usará para los esfuerzos de cobro.
9. Antes de postergar o denegar atención medicamente necesaria debido al no pago de cuentas anteriores, JMH debe enviar un aviso escrito de que existe Asistencia financiera disponible para aquellos que califican y esperar al menos 240 días desde la fecha del aviso posterior al alta.
10. La Oficina de negocios central (Single Business Office) es el departamento en JMH con la autoridad final para determinar si el Hospital ha realizado todos los esfuerzos razonables para evaluar si un paciente es elegible para recibir asistencia según esta política antes de comenzar las acciones de cobro.

11. Antes de comenzar las acciones de cobro contra un paciente que es elegible para asistencia financiera según esta Política, el Hospital y nuestra agencia de cobros contratada entregará un aviso (i) que contiene una declaración de que puede haber consejería de crédito sin fines de lucro, (ii) incorpora un resumen de los derechos del paciente e (iii) incluye la siguiente declaración: “La ley estatal y federal exige a los cobradores de deudas que le traten de forma justa y prohíbe a los cobradores de deudas hacer declaraciones falsas o amenazas de violencia, usar lenguaje obsceno o profano, y hacer comunicaciones indebidas con terceros, incluido su empleador. Excepto en circunstancias inusuales, los cobradores de deuda no pueden ponerse en contacto con usted antes de las 8:00 AM o después de las 9:00 PM. Por lo general, un cobrador de deuda no puede dar información sobre su deuda a otra persona que no sea su abogado o su cónyuge. Un cobrador de deuda puede comunicarse con otra persona para confirmar su ubicación o para ejecutar una sentencia. Para obtener más información sobre las actividades de cobro de deudas, puede comunicarse con la Comisión de comercio federal (Federal Trade Commission) por teléfono al 1 877-FTCHELP o en línea a www.ftc.gov.” Los avisos anteriores también se incluirán en cualquier comunicación con el Paciente, indicando el inicio de las actividades de cobro de deudas que puedan ocurrir.
12. Ni JMH ni sus agencias de cobros contratadas impondrán embargos de salario o gravámenes sobre las residencias principales. Este requisito no impedirá a JMH intentar obtener el reembolso de acuerdos de responsabilidad de terceros u otras partes responsables legalmente. Las agencias que asisten al Hospital y pueden enviar una declaración al paciente deben firmar un acuerdo por escrito en que se comprometen a cumplir los estándares del Hospital respecto al cobro a pacientes.
La agencia también debe aceptar:
 - a) No reportar información adversa a una agencia de información crediticia ni interponer una demanda civil contra el paciente por no pago en ningún momento hasta que hayan transcurrido 180 días desde la factura inicial.
 - b) Suspender los esfuerzos de cobro extraordinarios si el paciente ha enviado una Solicitud de asistencia financiera cuyo resultado está pendiente.
 - c) No imponer gravámenes sobre residencias principales.
 - d) Adherir todos los requisitos identificados en la Ley de fijación de precios hospitalarios justos (California Hospital Fair Pricing Act), Código de salud y seguridad de California, § 127400 y subsiguientes, el Artículo 501(r) del Código de Impuestos Internos y la Ley de prácticas justas de cobranza de deudas de California (Código civil de California, 1788 y subsiguientes.).
 - e) Cumplir con la definición y aplicación de un Plan de pago razonable, tal como se define en la Sección de Definición anterior.
13. En el evento de que a un paciente se le pague un cobro excesivo de más de \$5.00, el Hospital reembolsará al paciente el monto cobrado en exceso con un interés del 10% (artículo XV, Sección 1 de la Constitución de California) calculado desde la fecha en que se identificó el cobro excesivo.

E. Apelaciones/Informes Procedimientos

Responsabilidad: Servicios financieros para pacientes

1. En el caso de una discrepancia o denegación, el paciente puede solicitar una revisión del Director de Servicios financieros para pacientes. El Director ejecutivo del Ciclo de ingresos revisará la apelación en segundo nivel.
2. Esta política, el Resumen y la Solicitud de asistencia financiera del paciente se enviarán a la Oficina estatal de planificación y desarrollo de salud (Office of Statewide Health Planning and Development, OSHPD) al menos cada dos años el 1.º de enero. Si se hacen revisiones significativas entre las presentaciones bianuales, se hará una presentación provisional.
3. Si no se ha realizado una revisión significativa por parte de JMH, desde que se entregó por última vez las políticas y el formulario de información financiera, se notificará a OSHPD de que no se ha realizado una revisión significativa.
4. Al reportar datos relativos a cuidado de beneficencia y con descuentos, solo aquellas condonaciones y descuentos brindados según esta Política contarán para el cálculo del "beneficio a la comunidad" en el Formulario 990 presentado por JMH.

F. Emergencia de salud: Durante una Emergencia de salud, el Director financiero de JMH o su designado pueden modificar temporalmente los términos de esta Política a fin de expandir la disponibilidad de asistencia financiera. Dichas modificaciones se documentarán por escrito especificando la fecha de entrada en vigor y la fecha de finalización (se entiende que el establecimiento y la documentación de la fecha de finalización puede ocurrir en un aviso posterior si no se conoce al momento de la fecha de entrada en vigor). JMH hará todos los esfuerzos razonables según las circunstancias para comunicar al público los términos y la duración de dicha modificación. Sin embargo, se entenderá que las demandas de la emergencia pueden no permitir la comunicación a través de todos los canales descritos en la Sección III. A y otras partes de esta Política. Dentro de diez (10) días de implementar las modificaciones temporales materiales a esta Política según esta subsección, el Director financiero de JMH o su Designado entregarán una notificación escrita al Presidente del Consejo de JMH y al Presidente del Comité de finanzas de JMH en la cual se resumirán los términos, la fecha de entrada en vigor y la fecha de finalización (si se conoce) de dicha modificación.

IV. Educación del paciente/familia: N/C si no corresponde

Proporcionada a través de la publicación de esta política en el sitio web de JMH, educación directa de los designados de JMH y la información colocada según se indica en esta Política.

V. Documentación: N/C

Referencia/Reglamentos:	
Ley de políticas de precios hospitalarios justos (California Hospital Fair Pricing Law) (Código de salud y seguridad de California, § 127350 y subsiguientes), el Artículo 501(r) del Servicio de Impuestos Internos de Estados Unidos y la Ley de prácticas justas de cobranza de deudas de California (Código civil de California, 1788 y subsiguientes.)	
Sustituye a:	
Nombre y cargo del patrocinador principal:	
Chris Pass - Director financiero	
Nombre y cargo del propietario(s):	
Chris Pass - Director financiero	
Registro de fechas de revisión	
Indicar grupos de interés, comité, personal médico, etc. Revisiones: (con fechas de aprobación)	
Fecha de origen:	Diciembre 2006

Registro de fechas de aprobación: sistema o entidad de documentos de nivel		
PPRC: Directo al Reunión de ejecución del sistema (System Performance Huddle)/Consejo		
JMPN: Directo al Reunión de ejecución del sistema (System Performance Huddle)/Consejo		
MEC – BHC: N/C	MEC – WC: N/C	MEC – CC: N/C
Reunión de ejecución del sistema (System Performance Huddle):	9/15/22	Consejo 12/06, 11/09, 02/12, 1/16, 3/25/20, 10/27/21, 9/21/22