



SAN MATEO COUNTY HEALTH

**SAN MATEO
MEDICAL CENTER**

Plan de acción de asistencia financiera

ÍNDICE

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PLAN DE ACCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA	5
Declaración del plan de acción.....	5
PROPÓSITO.....	5
TABLA DE DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA	6
NOTIFICACIÓN Y PUBLICACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA.....	9
PROCESO DE SOLICITUD PARA OBTENER ASISTENCIA FINANCIERA.....	9
IDENTIDAD.....	13
Prueba de identidad	13
ESTADO DE COBERTURA DEL SEGURO/DE SALUD	13
Programas patrocinados por el gobierno y terceros responsables del pago.....	13
Información con respecto a los terceros responsables de los pagos.....	14
Prueba de cobertura de seguro.....	14
Fuentes adicionales de información sobre el estado de la cobertura del seguro/de salud	14
INGRESO	14
Ingreso contado.....	14
Ingreso no contado.....	14
Deducciones	15
Prueba de ingresos	15
ACTIVOS.....	16
RESIDENCIA	16
Prueba de residencia	16
PROCESO DE APELACIÓN	17
PASO UNO DE LA APELACIÓN: REVISIÓN DE ELEGIBILIDAD INDIVIDUAL (IER).....	17
Cronograma para el paso uno de la solicitud de apelación	17
Contenido de la solicitud de revisión de elegibilidad individual	17
Responsable de la decisión de la revisión de elegibilidad individual.....	17
Cronograma de la decisión	18
PASO DOS DE LA APELACIÓN: COMITÉ DE ELEGIBILIDAD Y REVISIÓN FINANCIERA (EFRC)	18
Cronograma para el paso dos de la solicitud de apelación	18
Contenido de la apelación	18
Comité de elegibilidad y revisión financiera y proceso de toma de decisiones.....	18
Cronograma de la decisión	18
Solicitud de elegibilidad y revisión financiera en cualquier momento	19
Informes periódicos de la junta.....	19

SAN MATEO COUNTY HEALTH: PLAN DE ACCIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

FRAUDE	19
ATENCIÓN DE CARIDAD	20
DESCRIPCIÓN	20
ALCANCE DE LOS SERVICIOS.....	20
CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD.....	20
PROCESO DE SOLICITUD.....	20
PROGRAMA DE ACCESO Y ATENCIÓN PARA TODOS (ACE).....	21
DESCRIPCIÓN	21
Programa de Exención de Tarifas de ACE.....	21
Programa Sin Exención de Tarifas de ACE	21
Programa ACE de cobertura temporal	21
Programa de Exceso de Ingresos de ACE.....	21
ALCANCE DE LOS SERVICIOS.....	22
Autorización previa.....	22
CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD.....	22
Requisitos respecto a la residencia	22
Criterios de ciudadanía o inmigración.....	22
Criterios con respecto a los ingresos.....	23
Estado de cobertura del seguro/de salud	23
Inscripción en Medi-Cal de cobertura restringida para los solicitantes del Programa de Exención de Tarifas de ACE.	23
Poblaciones adicionales que reúnen los requisitos para acceder al programa ACE.....	24
Incluidos los programas de Exención de Tarifas, Sin Exención de Tarifas, temporal y de Exceso de Ingresos.....	24
CRITERIOS DE NO ELEGIBILIDAD	24
Razones por las que no es elegible o por las que pierde el seguro.....	24
CUOTA DE PARTICIPACIÓN ANUAL, COPAGOS, CARGOS.....	25
Cuota de participación anual.....	25
Copagos	25
Proceso de recuperación del patrimonio	27
Exención de copagos, cuota de participación anual y límite anual de gastos de bolsillo	28
Exención de los costos de las consultas	29
Notificación de la inscripción, rechazo de la inscripción o cancelación de la inscripción	30
PROGRAMA DE DESCUENTO EN LA ATENCIÓN MÉDICA (DHC).....	30
DESCRIPCIÓN	30
ALCANCE DE LOS SERVICIOS.....	30

SAN MATEO COUNTY HEALTH: PLAN DE ACCIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD.....	31
PROCESO DE SOLICITUD.....	31
PROGRAMA DE DESCUENTO POR TARIFA PROPORCIONAL (SFDP) PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE LAS PERSONAS SIN HOGAR/SALUD DE LOS TRABAJADORES AGRÍCOLAS (HCH/FH).....	31
DESCRIPCIÓN.....	31
ALCANCE DE LOS SERVICIOS.....	32
CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD.....	32
PRACTICAS DE FACTURACIÓN Y COBRO	33
PAUTAS GENERALES.....	33
PACIENTES QUE PAGAN POR CUENTA PROPIA.....	34
DESCUENTO POR PAGO RÁPIDO POR CUENTA PROPIA.....	35
POLÍTICA DE EXTENSIÓN DE PAGOS.....	35
EXENCIÓN DE SALDOS PARA PACIENTES QUE REÚNEN LOS REQUISITOS PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA.....	36
PRACTICAS DE COBRO	36

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PLAN DE ACCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA

DECLARACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN

Es el plan de acción del Centro Médico San Mateo (San Mateo Medical Center, SMMC) brindar servicios médicos a todas las personas, independientemente de su capacidad de pago, y proporcionar asistencia financiera a los pacientes que reúnen los requisitos que no tienen seguro, cuyo seguro es insuficiente, no reúnen los requisitos para recibir asistencia de terceros o tienen bajos ingresos.

Los pacientes que presenten una afección médica de emergencia recibirán atención y servicios médicos de emergencia sin importar su capacidad de pago o su estado financiero. El proceso de evaluación financiera comenzará antes del alta, pero solo después de que se haya realizado un examen de evaluación médica (Medical Screening Examination, MSE).

La intención de la política de SMMC es cumplir todos los reglamentos federales, estatales y locales. Si algún reglamento, actual o futuro, entra en conflicto con este plan de acción, el reglamento reemplazará este plan de acción. Las prácticas de asistencia financiera de SMMC y el cumplimiento de las leyes de facturación y cobro del hospital reflejan el compromiso de SMMC de cumplir los planes de acción de cobro y precios justos según lo establecido por la Ley de Precios Justos para Hospitales de California, el Código de Salud y Seguridad §127425 y la Ley de Deudas y Cobros Justos, 15 del Código de Estados Unidos (United States Code, U.S.C.) 1692.

PROPÓSITO

El Centro Médico San Mateo (SMMC) proporciona servicios de diagnóstico y terapéuticos de emergencia, para pacientes externos y para pacientes hospitalizados en múltiples ubicaciones. En reconocimiento de esto, SMMC debe adherirse a un Plan de acción de asistencia financiera integral, que sirve para definir los criterios aplicados para evaluar la situación financiera única de un paciente en relación con los servicios de atención médica proporcionados por SMMC. Además, dentro del alcance de este plan de acción está explicar las funciones y responsabilidades, y proporcionar orientación básica para las actividades financieras clave del paciente realizadas por las personas y las partes involucradas en los asuntos financieros relacionados con los servicios clínicos prestados por SMMC. El Plan de acción de asistencia financiera de SMMC se desarrolló para mantener la viabilidad fiscal al mismo tiempo que se brinda un servicio al cliente de calidad, respeta y garantiza el acceso equitativo y adecuado a la atención médica para todos los pacientes, mientras asume un manejo coherente y transparente de las cuentas de los pacientes. Dicho plan de acción es necesario para apoyar el entendimiento de todas las partes involucradas en estos asuntos financieros de los pacientes que, a menudo, resultan complejos. Este plan de acción ayuda directamente a los pacientes al reducir la incertidumbre de sus responsabilidades financieras y, al mismo tiempo, ayuda a mantener la viabilidad financiera de SMMC para que podamos continuar realizando nuestra misión de prestar una excelente atención al paciente.

TABLA DE DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA

Aplicados en el siguiente orden	Descripción	Requisitos generales
<p>Programas externos patrocinados por el gobierno</p>	<p>Medi-Cal; Covered California; Programa para Mejorar el Acceso, la Asesoría y el Tratamiento (Improving Access, Counseling and Treatment Program, IMPACT); Cada Mujer Vale (Every Woman Counts, EWC); Planificación, Acceso, Atención y Tratamiento Familiar (Family Planning, Access, Care and Treatment, PACT); Programa de Salud y Discapacidad Infantil (Child Health & Disability Program, CHDP); Programa de Tratamiento del Cáncer de Mama y Cervical (Breast and Cervical Cancer Treatment Program, BCCTP), y Medicare</p>	<p>Basado en las pautas y los requisitos del programa específico</p>
<p>Asistencia general/otros programas de asistencia pública</p> <p>Centros de salud para jóvenes</p>	<p>Cobertura patrocinada por el condado para adultos en estado de indigencia médica inscritos en otros programas de asistencia pública.</p> <p>Cobertura patrocinada por el condado para adolescentes y adultos jóvenes en estado de indigencia médica que reciben servicios proporcionados por centros de salud para adolescentes.</p>	<p>Residente del condado que recibe asistencia general; inscripción en un programa contra el consumo de alcohol y drogas patrocinado por el condado y contratado por Servicios de Recuperación y Salud del Comportamiento del Condado de San Mateo</p> <p>Los pacientes deben recibir servicios confidenciales y no deben reunir los requisitos para PACT o el programa Consentimiento del Menor de Medi-Cal.</p>

SAN MATEO COUNTY HEALTH: PLAN DE ACCIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

Aplicados en el siguiente orden	Descripción	Requisitos generales
<p>Programa de Acceso y Atención para Todos (Access and Care for Everyone, ACE)</p>	<p>Cobertura patrocinada por el condado para adultos en estado de indigencia médica que no tienen seguro y cumplen los requisitos de residencia e ingresos.</p>	<p>Residente del condado, ingresos iguales o menores al 200 % del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL), exención de tarifas (exención de todas las cuotas, copagos para los residentes del condado con ingresos iguales o menores al 138 % del FPL, que están inscritos en Medi-Cal de alcance restringido o para una persona que recibe asistencia general), servicios a través de los programas contra el consumo de alcohol y drogas del condado, el programa de Atención Médica para Personas sin Hogar/Salud de Trabajadores Agrícolas (Health Care for the Homeless/Farmworker Health, HCH/FH), o servicios en los centros para adolescentes del Condado.</p>
<p>Programa de Atención de Caridad</p>	<p>Programa de SMMC que cumple los mandatos de atención de caridad de la Ley de Precios Justos para Hospitales de California. Este programa está disponible para ayudar a los pacientes sin seguro o cuyo seguro es insuficiente que no cumplen los requisitos para inscribirse en otros programas gubernamentales.</p>	<p>No está limitado a los residentes del condado de San Mateo. Debe tener ingresos iguales o menores al 138 % del nivel federal de pobreza (FPL). Todos los servicios de SMMC están cubiertos, excepto por los beneficios de medicamentos recetados. Los pacientes que reciben atención de caridad no pagan cuotas anuales ni copagos.</p>
<p>Programa de Descuento en la Atención Médica (Discounted Health Care, DHC)</p>	<p>Descuento del 65 % en los cargos totales: sin exceder el monto del pago que el hospital esperaría, de buena fe, recibir de Medi-Cal o Medicare por los adultos de bajos ingresos que cumplan los requisitos de elegibilidad.</p>	<p>Pacientes sin seguro o con seguro insuficiente cuyos ingresos sean iguales o menores al 400 % del nivel federal de pobreza (FPL).</p>
<p>Programa de Descuento de Tarifa Proporcional para HCH/FH</p>	<p>Tarifa proporcional (de \$0 a \$30) para pacientes sin hogar y trabajadores agrícolas</p>	<p>Pacientes sin hogar y trabajadores agrícolas y sus dependientes cuyos ingresos están por debajo del 200 % del FPL</p>

SAN MATEO COUNTY HEALTH: PLAN DE ACCIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

Aplicados en el siguiente orden	Descripción	Requisitos generales
Descuento por pago rápido por cuenta propia	Para pacientes que no califican para otros programas; 50 % de descuento por pagos recibidos en el plazo de 30 días de la fecha de la primera factura.	Sin requisito con respecto a los ingresos o a la residencia; se requiere pagar un depósito antes de recibir servicios que no sean de emergencia.
Plan de reintegro extendido por cuenta propia	Para pacientes que no califican para otros programas; pago de cargos completos durante un periodo de reembolso establecido; sin exceder los 24 meses	Sin requisito con respecto a los ingresos o a la residencia; se requiere pagar un depósito antes de recibir servicios que no sean de emergencia.

NOTIFICACIÓN Y PUBLICACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA

A las personas que reciben servicios médicos en el Centro Médico San Mateo (SMMC) se les proporcionará un folleto que detalla su derecho a solicitar varios programas de asistencia financiera y se les proporcionará información sobre el proceso de solicitud. SMMC proporcionará un resumen en lenguaje sencillo de su plan de acción de asistencia financiera.

SMMC publicará de manera clara y notoria la información sobre sus programas de asistencia financiera en lugares visibles para el público, incluidos, entre otros, los siguientes:

- el Departamento de Acceso e Información de Atención Médica de California
- el registro del Departamento de Emergencias
- el registro para la clínica y para pacientes externos
- Servicios Financieros para Pacientes
- Servicios Comerciales
- el Departamento de Admisiones
- el registro para Atención a Largo Plazo
- el registro para la unidad de cirugía el mismo día
- el sitio web de SMMC

Incluye la distribución de folletos, cartas y avisos públicos en lugares visibles donde hay un gran volumen de inscripciones de pacientes, la difusión de información en el sitio web de SMMC y la inclusión de declaraciones en las facturas de los pacientes que indiquen la disponibilidad de asistencia financiera.

Todos los avisos y publicaciones de los programas de asistencia financiera estarán disponibles en inglés y en los idiomas que hablan al menos 1,000 personas o el cinco (5) por ciento o más de las personas que residen en el condado de San Mateo. Estos idiomas son español, chino y tagalo.

PROCESO DE SOLICITUD PARA OBTENER ASISTENCIA FINANCIERA

1. Los pacientes sin seguro recibirán un aviso por escrito sobre la disponibilidad de asistencia financiera y los criterios de calificación para recibir la asistencia financiera, junto con una solicitud de asistencia financiera tan pronto como sea posible. El aviso y la solicitud se les proporcionarán a los pacientes en el momento del servicio, si el paciente está consciente y puede recibir un aviso por escrito. Si el paciente no puede recibir un aviso en el momento del servicio, el aviso se le proporcionará durante el proceso de alta hospitalaria. Si el paciente no es admitido, el aviso por escrito se proporcionará cuando el paciente abandone el centro. Si el paciente abandona el centro sin recibir el aviso por escrito, el hospital le enviará el aviso al paciente en las 72 horas posteriores a la prestación del servicio.
2. SMMC hará todo lo posible para determinar la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera tan pronto como sea posible. La solicitud del programa de asistencia financiera debe presentarse en un plazo de 180 días a partir de la emisión de la factura. Las solicitudes recibidas después de los 180 días se considerarán caso por caso. La actividad de

SAN MATEO COUNTY HEALTH: PLAN DE ACCIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

cobro se pospondrá mientras las solicitudes de cobertura de salud u otras fuentes de pago estén pendientes.

3. Se considerará la asistencia financiera para cualquier paciente que indique que no puede pagar los servicios médicos. SMMC proporcionará la asistencia de un miembro del equipo del ciclo de ingresos para determinar el programa de asistencia financiera apropiado y comenzar la solicitud. Los miembros del equipo del ciclo de ingresos se encargan de unir al paciente con el programa de asistencia financiera adecuado según la situación financiera única del paciente. Se debe evaluar a los pacientes para determinar si reúnen los requisitos para ACE antes de que se inscriban en los programas de atención de caridad o con descuento en la atención médica.
4. Un miembro del equipo del ciclo de ingresos brindará apoyo en el idioma principal del paciente o del garante del paciente. Cuando el personal no hable el idioma preferido del paciente, utilizará la línea de los servicios de interpretación contratados para garantizar una buena comunicación.
5. SMMC hará todos los esfuerzos razonables para determinar si un paciente cumple los requisitos para recibir asistencia financiera según la elegibilidad previa para recibir asistencia financiera o el uso de datos de terceros para identificar a los pacientes financieramente elegibles, o mediante la notificación y el proceso de solicitudes como se especifica en el Título 16 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), 1-501(r)-6(c)(2) y (3). Cuando se determina la elegibilidad con base en la elegibilidad anterior, se documentará mediante una nota en Invision/OAS Gold y no se requerirá una nueva solicitud ni verificaciones.
6. Se espera que los pacientes que buscan asistencia financiera de SMMC hagan esfuerzos razonables para proporcionar información personal y financiera completa y precisa. Los pacientes que solicitan asistencia financiera deben otorgar su consentimiento para que el personal, los agentes o los contratistas de SMMC verifiquen e investiguen su elegibilidad. Para determinar la elegibilidad para recibir atención de caridad completa, SMMC puede solicitar formas de documentación diferentes o adicionales para verificar los ingresos, la identidad o la residencia en los casos en que se cuestione razonablemente la autenticidad o la validez de los documentos proporcionados o cuando los documentos proporcionados generen más preguntas sobre la elegibilidad.
7. En cualquier momento en que los pacientes proporcionen su información, se evaluará su elegibilidad y se les ayudará con la inscripción en el programa de salud correspondiente. Se recomienda a los pacientes que hagan esfuerzos razonables para proporcionar su información de manera oportuna para aprovechar al máximo el beneficio de la cobertura para el paciente.
8. Los pacientes deben cumplir ciertos criterios de elegibilidad, según el programa, que incluyen no tener seguro o tener un seguro insuficiente y cumplir los requisitos de residencia e ingresos para calificar para recibir asistencia financiera. Es posible que las circunstancias únicas de un paciente se tomen en cuenta para determinar la cobertura de dichos servicios.

SAN MATEO COUNTY HEALTH: PLAN DE ACCIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

9. Una vez que los pacientes hayan solicitado o se hayan inscrito en un programa de asistencia financiera, deben informar, en un plazo de 10 días, de cualquier cambio en las circunstancias que afectarán su elegibilidad para el programa, como sus ingresos, el estado de cobertura de seguro/salud y su residencia en el condado.

10. Como mínimo, una solicitud de asistencia financiera debe renovarse y actualizarse anualmente y antes de una hospitalización, una cirugía en el mismo día o de una terapia de infusión. Esto es necesario para incorporar y permitir la consideración de cualquier cambio en el estado financiero de un paciente. SMMC determinará y podrá modificar el periodo de elegibilidad de cualquier persona con derecho a recibir servicios cubiertos por los programas de asistencia financiera.

11. Todos los pacientes sin seguro que se presenten para una evaluación financiera con verificaciones incompletas se ingresarán en el Sistema de Salud, Elegibilidad, Inscripción y Retención de California (California Healthcare, Eligibility, Enrollment and Retention System, CalHEERS) del estado, en My Benefits CalWin o en la solicitud local de elegibilidad e inscripción. Sin embargo, CalHEERS requiere una identificación emitida por el gobierno para continuar con la solicitud. La solicitud de elegibilidad e inscripción local conservará la fecha de evaluación como la fecha de la solicitud. Los pacientes tienen 45 días a partir de esta fecha para presentar las evidencias. Si no se recibe la información necesaria dentro del plazo de 45 días, su solicitud vencerá y deberán volver a presentarla.

12. Todas las solicitudes estarán disponibles en inglés y en los idiomas que hablan al menos 1,000 personas o el cinco (5) por ciento o más de las personas que residen en el condado de San Mateo. Estos idiomas son español, chino y tagalo.

13. Las políticas de asistencia financiera se aplican a los servicios proporcionados por médicos u otros proveedores médicos que ejercen en SMMC, a menos que estén obligados por contrato a través de un acuerdo de facturación de terceros con SMMC que permita que los servicios se facturen por separado de los servicios del proveedor de SMMC. Los proveedores de la sala de emergencias de SMMC son proveedores con contrato que facturan el componente profesional de la consulta por separado de los proveedores de SMMC.

14. Puede encontrar una lista de proveedores que brindan atención necesaria desde el punto de vista médico en SMMC y están cubiertos por el plan de acción de asistencia financiera aquí: [Encontrar un médico - Centro Médico San Mateo \(smchealth.org\)](http://smchealth.org)

15. La Unidad de Cobertura de Salud o el personal de inscripción de pacientes pueden inscribir o ayudar a los pacientes a solicitar los siguientes programas estatales y locales. En algunos casos, la inscripción se procesa en el punto de servicio. Los pacientes son referidos a algunos programas según el diagnóstico específico. Además, los consejeros de inscripción certificados (Certified Enrollment Counselors, CEC) del condado de San Mateo, que son personal de salud del condado o de organizaciones comunitarias, ayudan con las inscripciones en algunos de los programas de cobertura de salud pública que se mencionan a continuación, como ACE, Covered California y Medi-Cal. Los CEC están capacitados y certificados en los procesos de elegibilidad e inscripción por el Departamento de Servicios de Atención Médica, Covered California y la Unidad de Cobertura de Salud.

a. Acceso y Atención para Todos (ACE)

SAN MATEO COUNTY HEALTH: PLAN DE ACCIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

- b. Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)
 - c. Servicios para los Niños de California (California Children's Services, CCS)
 - d. Atención de Caridad
 - e. Covered California
 - f. Descuento en la Atención Médica (DHC)
 - g. Cada Mujer Vale (EWC)
 - h. Planificación, Acceso, Atención y Tratamiento Familiar (PACT)
 - i. Tarifa proporcional del Programa de Atención Médica para Personas sin Hogar/Salud de Trabajadores Agrícolas (HCH/FH)
 - j. Programa para Mejorar el Acceso, la Asesoría y el Tratamiento (IMPACT)
 - k. Medi-Cal
 - 1. Ingreso Bruto Ajustado Modificado (Modified Adjusted Gross Income, MAGI) Medi-Cal
 - 2. Sin MAGI
 - 3. Programa de Tratamiento del Cáncer de Mama y Cervical (Breast Cervical Cancer Treatment Program, BCCTP)
 - 4. Portal del Programa de Salud y Discapacidad Infantil (Child Health & Disability Program, CHDP)
 - 5. Elegibilidad Presunta de Hospital (Hospital Presumptive Eligibility, HPE)
 - 6. Programa de Acceso a Medi-Cal (Medi-Cal Access Program, MCAP)
 - 7. Programa de Medi-Cal para Presos del Condado (Medi-Cal County Inmate Program, MCIP)
 - 8. Elegibilidad presunta para mujeres embarazadas de Medi-Cal
 - 9. Tuberculosis Medi-Cal
 - 10. Programa de Trabajo para Discapacitados (Working Disabled Program, WDP)
 - 11. Programa de Seguro de Salud para los Niños del Condado (County Children's Health Insurance Program, CCHIP)
 - l. Ryan White
 - m. Programa para Víctimas del Delito
16. Se informará por escrito a las personas que soliciten asistencia financiera sobre su estado de elegibilidad y la base para la determinación. El aviso proporcionará información sobre el derecho a una revisión de elegibilidad individual, el derecho a apelar una denegación o interrupción de la cobertura y su derecho a volver a presentar una solicitud. Si la denegación es por no proporcionar las evidencias dentro del plazo de 45 días, el aviso también incluirá información sobre qué pruebas específicas se necesitan para completar el proceso de solicitud. Se incluirá el formulario "Step 1 Appeal: Individual Eligibility Review (IER)" (Paso 1 de la apelación: Revisión de elegibilidad individual [Individual Eligibility Review, IER]) junto con el aviso.

IDENTIDAD

Los solicitantes deben proporcionar prueba de identidad para solicitar un programa de cobertura de salud. El solicitante puede presentar cualquier documento de las siguientes listas. Incluso si el documento venció, sigue siendo una prueba aceptable.

Prueba de identidad

Documentos de identificación aceptables en orden de prioridad:

- licencia de conducir de California o tarjeta de identificación del Departamento de Vehículos Motorizados (Department of Motor Vehicles, DMV) de California
- pasaporte de los EE. UU. u otra identificación emitida por el gobierno federal de los EE. UU.
- licencia de conducir o tarjeta de identificación del DMV de otro estado
- foto en eClinicalWorks (eCW) de SMMC
- documento de identificación de gobierno extranjero (tarjeta de identificación consular, pasaporte, tarjeta de identidad nacional o credencial de elector nacional)

Si los documentos mencionados anteriormente no están disponibles, otros documentos aceptables, en orden de prioridad incluyen:

- acta de nacimiento
- tarjeta del Seguro Social
- tarjeta de Medicare
- tarjeta Medi-Cal
- tarjeta de Health Plan of San Mateo
- tarjeta bancaria con identificación con foto
- dos declaraciones juradas firmadas que acrediten la identificación del paciente e identificación con foto de las dos partes que firmaron las declaraciones.

ESTADO DE COBERTURA DEL SEGURO/DE SALUD

Programas patrocinados por el gobierno y terceros responsables del pago

Se debe evaluar a los pacientes e inscribirlos en programas patrocinados por el gobierno, como Medi-Cal, Medicare, Covered California, FPACT, IMPACT, EWC, etc., o proporcionar toda la información disponible sobre terceros que se hagan responsables de los pagos antes de inscribirlos en un programa de asistencia financiera de SMMC. La elegibilidad del solicitante para algunos de estos programas, pero no para todos, puede impedir su elegibilidad para los programas de asistencia financiera de SMMC. Bajo algunos de estos programas, el paciente puede ser responsable de una parte del costo o copago. Es posible que a los pacientes que reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera adicional se les exenten copagos específicos.

Los pacientes deben hacer esfuerzos razonables para cumplir de manera oportuna el proceso de evaluación proporcionando toda la información requerida sobre cualquier otra cobertura y buscando a terceros que puedan hacerse responsables de los gastos de atención médica en los que se incurra. Los pacientes que no cooperen en el proceso de solicitud podrían no ser elegibles para los programas de asistencia financiera.

Información con respecto a los terceros responsables de los pagos

El seguro de terceros es una forma de seguro de responsabilidad comprado por un asegurado (primera parte) a una aseguradora (segunda parte) para protegerse de los reclamos de otro (tercero). El paciente es responsable de sus cargos, independientemente de quién tenga la culpa de su lesión o enfermedad, pero SMMC facturará al tercero responsable del pago como cortesía para el paciente. El seguro de automóvil es uno de los tipos más comunes de seguro para terceros.

Prueba de cobertura de seguro

El estado de la cobertura del seguro/de salud se determina al pedir información a los solicitantes y verificar los sistemas disponibles para confirmar la información. Estos son algunos ejemplos de verificaciones aceptables de la cobertura del seguro:

eCareNext

Bases de datos de Medi-Cal/Medicare

HPSM HealthSuite

Confirmación verbal o electrónica de la compañía de seguros de salud

Carta del empleador que indique el estado del seguro de salud patrocinado por el empleador

Fuentes adicionales de información sobre el estado de la cobertura del seguro/de salud

Información sobre seguros de automóviles o responsabilidad civil

Avisos sobre la elegibilidad para programas gubernamentales

Resultados de juicios

INGRESO

Ingreso contado

Los ingresos se definen como los ingresos, sueldos y salarios, en efectivo, totales o brutos, antes de impuestos y de todas las fuentes. También incluye pagos regulares del Seguro Social, compensación por desempleo, beneficios de huelga, estipendios de capacitación, pensión alimenticia, asignaciones familiares militares u otro tipo de apoyo regular de un familiar ausente o de alguien que no vive en el hogar, pensiones, pagos de seguros o anualidades, ingresos por dividendos, intereses, rentas, regalías, sucesiones y fideicomisos.

Se contarán los siguientes ingresos del Seguro Social: sobreviviente, ingreso por discapacidad del sobreviviente por jubilación (Retirement Survivor's Disability Income, RSDI), ingreso federal por jubilación o discapacidad.

Ingreso no contado

No se contarán los siguientes ingresos del Seguro Social: ingreso de seguridad suplementario (Supplemental Security Income, SSI) y pago suplementario del estado (State Supplemental Payment, SSP).

Otros ingresos que no se contarán incluyen: manutención infantil recibida, compensación a los trabajadores, asignaciones militares, beneficios para veteranos y parte de becas, premios, becas utilizadas con fines educativos, seguro estatal por discapacidad (state disability insurance, SDI) y pagos de asistencia pública.

Deducciones

Los ingresos pueden compensarse con las siguientes deducciones: gastos de educación; gastos comerciales de reservistas, intérpretes y funcionarios gubernamentales pagados; contribuciones a cuentas de ahorro para la salud; gastos de mudanza; parte deducible del impuesto sobre el trabajo por cuenta propia; autónomos, deducción simple y calificada; deducción del seguro médico autónomo; multa por retiro anticipado de ahorros; pensión alimenticia pagada; deducción de cuenta de jubilación individual (Individual Retirement Account, IRA); interés de préstamos estudiantiles; colegiatura y cuotas, y las actividades productivas nacionales.

Prueba de ingresos

La documentación de verificación de ingresos debe tener fecha de los últimos 90 días, a excepción de las declaraciones de impuestos, cartas de adjudicación u otra prueba de ingresos irregulares la cual puede exceder de 90 días. El solicitante debe proporcionar pruebas de todas las formas de ingresos de cada miembro del hogar.

- Desempleo: registros del empleador; registros del Departamento de Desarrollo del Empleo (Employment Development Department, EDD); cheque de seguro de desempleo (Unemployment Insurance, UIB); aviso de despido; registros del programa de capacitación; estipendios de formación; registros sindicales.
- Ganancias: talones de pago; registro de salarios del empleador; declaración de impuestos estatales o federales; registros del EDD; formulario de empleado W-2; registros de negocios agrícolas; una declaración del empleador, preferiblemente con el membrete del empleador, o el nombre de la empresa indicado en la carta, incluido el nombre de la persona empleada, la firma del empleador, la fecha de la carta, la frecuencia de pago y el monto bruto.
- Declaraciones juradas: la persona que recibe ingresos puede escribir una declaración jurada si no hay otra forma de documentar los ingresos. Esta carta debe incluir: el nombre y la firma del solicitante; la fecha de la carta; cuánto se paga al empleado; la fecha, frecuencia y fuente de pago; declaraciones de que (1) la información proporcionada es verdadera y correcta, (2) no hay otra forma de documentación disponible para demostrar los ingresos, y (3) el empleado entiende que el condado/estado puede verificar la información proporcionada.
- Autónomos: declaraciones de impuestos/registros comerciales recientes; recibos de bienes y servicios; la declaración de impuestos federales sobre la renta del año pasado, incluido el Anexo C; estado de pérdidas y ganancias netas de los últimos tres meses; declaración del beneficiario cuando los gastos no pueden ser verificados; declaración firmada de socios comerciales; estado de cuenta de las instituciones donde se depositan/cobran los cheques.
- Ingreso no derivado del trabajo: carta de adjudicación de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA), correspondencia oficial de la SSA, estado de cuenta bancario que muestre el depósito de la SSA; pensión alimenticia; cheques de pensiones gubernamentales y privados; cheques de seguros/anualidades, correspondencia; estados de cuenta bancarios que verifiquen los ingresos por intereses; alquileres; dividendos; regalías; sucesiones y fideicomisos; apoyo militar u otro tipo de apoyo regular de algún familiar ausente o de alguien que no vive en el hogar.

SAN MATEO COUNTY HEALTH: PLAN DE ACCIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

- Otra prueba de ingresos: se pueden proporcionar otros documentos de terceros que verifiquen los ingresos del solicitante

ACTIVOS

Ninguno de los programas de asistencia financiera cubiertos por esta póliza tiene un límite de activos.

RESIDENCIA

Solo el programa ACE tiene un requisito respecto a la residencia en el condado de San Mateo. La residencia en el condado de San Mateo puede ser autodeclarada.

Las siguientes verificaciones pueden satisfacer el requisito respecto a la residencia cuando la residencia en el condado de San Mateo es cuestionable.

Prueba de residencia

- registro del auto
- inscripción del votante
- licencia de conducir o tarjeta de identificación de California
- registro de empleo que incluye carta de oferta, talones de pago, aviso de despido, contrato de empleo o inscripción con un servicio de empleo, declaración jurada del empleador
- recibo de alquiler o hipoteca
- factura de servicios públicos
- listado en el directorio de la ciudad o guía telefónica que se pueda verificar
- documento de titularidad de la propiedad principal o factura del impuesto sobre la propiedad
- registro de membresía en una institución religiosa que refleje la dirección del paciente
- identificación de estudiante
- registros escolares
- licencia de matrimonio reciente, decreto de divorcio o evidencia de unión doméstica emitida en el estado de California
- documentos de tribunal recientes que muestren la dirección actual del solicitante
- documentos del seguro
- registro policial de una agencia de aplicación de la ley de California
- documentos de un refugio para personas sin hogar u otra agencia de servicios públicos o comunitarios que indiquen que el solicitante está recibiendo servicios de la agencia
- registros de adopción
- expediente médico
- cheque personal anulado con dirección previamente impresa
- otra prueba de residencia: se pueden proporcionar otros documentos de terceros que verifiquen la residencia del solicitante

PROCESO DE APELACIÓN

Cualquier persona a la que se le haya dado de baja, o se le haya negado la elegibilidad, o que desee solicitar una exención o reducción de copagos, tarifas o cualquier saldo a cargo del paciente, tendrá derecho a apelar y recibir un aviso o declaración por escrito. El aviso o declaración por escrito debe incluir (1) el motivo de la negación o interrupción; (2) el derecho a que se revise la negación, la interrupción o las tarifas, los copagos y los cargos a través del proceso de IER según la capacidad de pago; y (3) una descripción específica del proceso de apelación y los plazos. La persona que pueda demostrar que no puede pagar tendrá derecho a que se revoque la determinación inicial del condado sobre elegibilidad, tarifas, copagos o cargos.

Además, cualquier persona con ingresos superiores al límite de ingresos de los diferentes programas de asistencia financiera que pueda demostrar que la negación de elegibilidad daría lugar a dificultades, puede apelar su negación. Este proceso permite que la persona presente información adicional para sustentar que reúne los requisitos de acuerdo con el plan de acción de asistencia financiera de SMMC.

PASO UNO DE LA APELACIÓN: REVISIÓN DE ELEGIBILIDAD INDIVIDUAL (IER)

Cronograma para el paso uno de la solicitud de apelación

Las personas pueden apelar una decisión de cancelación o negación de cualquier programa de asistencia financiera de SMMC después de recibir el aviso por escrito que indique la cancelación o la negación. Para el programa de Exención de Tarifas de ACE, las personas pueden apelar una decisión de cancelación o negación en el plazo de 90 días posteriores a la recepción del Aviso de acción de Medi-Cal restringido por parte de la Agencia de Servicios Humanos que indica la cancelación o la negación. Las personas que deseen solicitar una exención o reducción de tarifas, copagos o cargos pueden hacerlo en los 90 días posteriores a la recepción de una factura por las tarifas, copagos o cargos. La notificación del derecho a apelar debe adjuntarse a dichas facturas. Las personas deben completar un formulario de solicitud de revisión de elegibilidad individual (IER) y enviar el formulario al miembro del equipo del ciclo de ingresos de SMMC.

Contenido de la solicitud de revisión de elegibilidad individual

Al completar el formulario de solicitud de IER, las personas deben proporcionar información específica que sustente su apelación. La información específica debe sustentar el caso de que la persona tiene circunstancias especiales que demuestran una incapacidad de pago que justifica una revocación de la decisión inicial de SMMC de negar o dar de baja, o de la decisión de SMMC de evaluar los cargos. Dicha información puede incluir gastos inusuales y extraordinarios por encima del costo real de las necesidades de la vida.

Responsable de la decisión de la revisión de elegibilidad individual

El miembro del equipo del ciclo de ingresos de SMMC designado, quien no ha sido el único responsable de la determinación preliminar, decidirá sobre la IER. Esta persona considerará todos los hechos y circunstancias especiales que respaldan el reclamo de elegibilidad o el reclamo de incapacidad de pago del solicitante, incluidos los costos reales de las necesidades de la vida en el condado de San Mateo.

Cronograma de la decisión

El miembro del equipo del ciclo de ingresos de SMMC deberá tomar una decisión por escrito para afirmar o revocar la determinación inicial del condado en los 30 días posteriores a la recepción de todos los documentos solicitados. Si la decisión es revocar la determinación inicial del condado, el solicitante deberá recibir un aviso específico de la decisión e información relacionada con los derechos y beneficios asociados con la decisión. Si la decisión es afirmar la determinación inicial del condado, entonces la decisión por escrito proporcionará el motivo de la decisión e incluirá una descripción de los derechos de apelación del segundo paso del solicitante, incluido un formulario para completar la apelación. Si no hay una decisión dentro de los 30 días, el solicitante tiene derecho a una revisión inmediata por parte del Comité de Elegibilidad y Revisión Financiera.

PASO DOS DE LA APELACIÓN: COMITÉ DE ELEGIBILIDAD Y REVISIÓN FINANCIERA (EFRC)

Cronograma para el paso dos de la solicitud de apelación

Las personas pueden apelar la decisión de la IER ante el Comité de Elegibilidad de Revisión Financiera (Eligibility and Financial Review Committee, EFRC) dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la carta de decisión. Las personas pueden iniciar una apelación al completar un formulario de apelación proporcionado previamente y enviándolo al miembro del equipo del ciclo de ingresos de SMMC.

Contenido de la apelación

Luego de recibir la notificación de apelación, se enviará el formulario de Solicitud de revisión de elegibilidad individual original y toda la documentación, además del nuevo formulario de apelación, al EFRC para su consideración. Las personas son libres de complementar este formulario con cualquier otra información que sustente su posición, incluida la información sobre la incapacidad de pago.

Comité de elegibilidad y revisión financiera y proceso de toma de decisiones

El EFRC estará compuesto por tres personas: el jefe de Salud del condado o su persona designada (que no sea el responsable de la toma de decisiones de la IER), el director financiero del Centro Médico San Mateo o su persona designada y un miembro del público elegido por el administrador del condado y el jefe de Salud del condado. El solicitante tiene derecho a comparecer ante el EFRC, a presentar testimonio, incluido el testimonio bajo juramento de los testigos, y a presentarse con un abogado. Se obtendrá un registro electrónico de los procedimientos a petición del solicitante. El EFRC considerará todos los materiales escritos y testimonios proporcionados y también solicitará expertos en la materia adicionales, según sea necesario, para considerar la solicitud de apelación.

Cronograma de la decisión

El EFRC deberá proporcionar la decisión por escrito para afirmar o revocar la determinación de IER en los 30 días posteriores a la recepción de los documentos solicitados. Si la decisión es revocar la determinación inicial del condado, el solicitante deberá recibir un aviso específico de la decisión e información relacionada con los derechos y beneficios asociados con la decisión. Si la decisión es afirmar la determinación de la IER, entonces la notificación por escrito deberá proporcionar el motivo de la decisión.

Solicitud de elegibilidad y revisión financiera en cualquier momento

Cualquier individuo puede solicitar una revisión financiera y de elegibilidad en cualquier momento si cambian sus circunstancias. Si el miembro del equipo del ciclo de ingresos de SMMC recibe dicha solicitud, se procesará según los mismos plazos y reglas especificados anteriormente.

Informes periódicos de la junta

Periódicamente, se presentarán los datos del programa, la elegibilidad y la apelación a la Junta de Supervisores para su revisión y consideración.

FRAUDE

El Departamento de Salud del Condado de San Mateo estableció un proceso para realizar un seguimiento de los clientes sospechosos de proporcionar información falsa para ser elegibles para los programas de asistencia financiera. El personal de salud del condado tiene instrucciones de informar por correo electrónico cualquier sospecha de fraude de un cliente al coordinador de Referencia de Fraudes de la Unidad de Cobertura de Salud (Health Coverage Unit, HCU), que realizará un seguimiento adicional del caso. El coordinador de referencias de fraude de la HCU verificará todos los sistemas disponibles para confirmar la residencia, los ingresos y otra información de elegibilidad del cliente. Además, también se comunicará con el cliente y se le pedirá que proporcione documentación para confirmar que reúne los requisitos para recibir los programas de asistencia financiera. Si el cliente no presenta la documentación solicitada, se dará de baja la inscripción del cliente en el programa de asistencia financiera, pero tendrá la oportunidad de apelar la decisión.

A efectos de este Plan de acción de asistencia financiera, el fraude en la atención médica se define como “la ejecución con conocimiento y deliberada, o el intento de ejecución, de un esquema o engaño para defraudar a un seguro de atención médica o un programa de beneficios, o para obtener por medios fraudulentos cualquier beneficio o pago del programa”.

A los clientes se les entrega un folleto sobre el fraude al inscribirse en un programa de asistencia financiera. Se proporciona la siguiente información en el folleto.

- Debe informar cualquier cambio de ingresos en un plazo de 10 días.
- Proporcionar información falsa en su solicitud **resultará en la cancelación** de su programa de cobertura y es posible que se le facturen los servicios anteriores. Algunos ejemplos de información falsa incluyen:
 - No vive en el condado de San Mateo, **PERO** afirma vivir con un pariente u otra persona que vive en el condado de San Mateo.
 - Usted no reporta ingresos, **PERO** en realidad sí trabaja.
 - Solo informa un trabajo, **PERO** tiene otros trabajos que no informó en la solicitud.
 - Informa que es soltero o separado, **PERO** en realidad está casado y vive con su cónyuge.
 - Actualmente tiene una VISA activa emitida por menos de un año.

SAN MATEO COUNTY HEALTH: PLAN DE ACCIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

- La tergiversación deliberada de información para obtener cobertura de salud **es motivo para informar a las agencias correspondientes.**
- Si previamente presentó información inexacta en su solicitud, corríjala comunicándose con la Unidad de Cobertura de Salud al **650-616-2002** o envíe un correo electrónico a Info-HCU@smcgov.org.

ATENCIÓN DE CARIDAD

DESCRIPCIÓN

El programa de Atención de Caridad es el programa de SMMC para brindar acceso a la atención a los pacientes que no pueden pagar por sí mismos y que cumplen ciertos criterios financieros. Está diseñado para brindar una evaluación consistente y uniforme de la capacidad del paciente/garante para pagar los saldos médicos pendientes. El programa Atención de Caridad concuerda con los cambios a la Ley de Precios Justos para Hospitales de California y otras leyes estatales y federales aplicables.

ALCANCE DE LOS SERVICIOS

El alcance de los servicios elegibles para Atención de Caridad incluye todos los servicios del SMMC, excepto por los beneficios de medicamentos recetados. Las consultas específicas aprobadas para Atención de Caridad estarán cubiertas sin cargo para el paciente.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Atención de Caridad se ofrecerá a pacientes sin seguro con niveles de ingresos que no superen el 138 % del FPL. A los pacientes solo se les ofrecerá atención de caridad si no cumplen los requisitos para el programa ACE, otros programas gubernamentales y de otros pagadores, incluidos los que tienen responsabilidad de terceros.

PROCESO DE SOLICITUD

Los pacientes deben completar una solicitud de Atención de Caridad y proporcionar las verificaciones de [identidad](#) y de [ingresos](#) requeridas. La solicitud debe presentarse en un plazo de 180 días a partir de la emisión de la factura. Las solicitudes recibidas después de los 180 días se considerarán caso por caso. Un miembro del equipo del ciclo de ingresos evalúa al paciente en cuanto a su elegibilidad para el programa de Atención de Caridad y llega a una determinación en cuanto a ello.

Parte de este proceso de evaluación es determinar si el paciente cumple los requisitos para el programa ACE. Si el paciente cumple los requisitos para el programa ACE, se negará la solicitud de Atención de Caridad. Luego, se referirá al paciente a la Unidad de Cobertura de Salud para inscribirlo en el Programa ACE. Si el paciente no reúne los requisitos de elegibilidad para ACE, el supervisor de acceso de pacientes evaluará si el paciente cumple los criterios para el programa de Atención de Caridad.

El supervisor de acceso de pacientes notifica al paciente la decisión por correo y por teléfono y actualiza la cuenta del paciente como corresponda. Si se niega Atención de Caridad al paciente, la carta enviada al paciente incluirá un formulario de apelación. Si el paciente no cumple los requisitos para recibir Atención de Caridad, entonces se evalúa al paciente para el Programa de Descuento en la Atención Médica.

PROGRAMA DE ACCESO Y ATENCIÓN PARA TODOS (ACE)

DESCRIPCIÓN

El programa ACE es un programa patrocinado por el condado que subsidia la atención médica para adultos en estado de indigencia médica y cumple la obligación del condado según la Sección 17000 del Código de Bienestar e Instituciones de California. El programa ACE incluye las siguientes categorías:

Programa de Exención de Tarifas de ACE

La tarifa de inscripción de la solicitud, los copagos y los cargos no se aplicarán a los pacientes que califiquen a este programa. Los solicitantes de Exención de Tarifas de ACE también deben solicitar y mantener la inscripción en Medi-Cal de alcance restringido.

Programa Sin Exención de Tarifas de ACE

Los pacientes que califican para el Programa Sin Exención de Tarifas de ACE deben pagar una tarifa de participación anual y copagos por servicios seleccionados.

Programa ACE de cobertura temporal

El programa ACE de cobertura temporal es para los residentes del condado que cumplen los requisitos de ingresos y ciudadanía o estado migratorio satisfactorio para recibir el seguro subsidiado a través de Covered California, pero que no se inscribieron en este seguro durante el periodo designado de inscripción abierta de Covered California.

La cobertura del programa ACE de cobertura temporal finalizará a más tardar el 31 de diciembre del año en que se inscriba un participante. En su lugar, se recomendará a los participantes que se inscriban en un plan de Covered California durante la inscripción abierta para lograr una fecha de entrada en vigor del seguro del 1.º de enero del año siguiente. Los consejeros de inscripción certificados del condado de San Mateo ofrecerán asistencia a los clientes para asegurar con éxito dicho seguro.

Los pacientes que cumplen los requisitos para el programa ACE de cobertura temporal deben pagar una tarifa de participación anual y copagos por los servicios seleccionados.

Programa de Exceso de Ingresos de ACE

El Programa de Exceso de Ingresos de ACE se estableció para ayudar a los solicitantes con ingresos por encima de los límites del Programa Sin Exención de Tarifas de ACE, pero que, debido a una afección médica crónica y dificultades financieras, pueden ser elegibles para este programa.

Los pacientes que califican para el Programa de Exceso de Ingresos de ACE deben pagar una tarifa de participación anual y copagos por servicios seleccionados.

ALCANCE DE LOS SERVICIOS

El alcance de los servicios del programa ACE es similar al de Medi-Cal, excepto que la atención para pacientes hospitalizados y externos, los productos farmacéuticos y los suministros se brindan en el Centro Médico San Mateo o en un sitio de proveedor externo aprobado y con contrato. Para obtener información detallada sobre el alcance de los servicios de ACE, consulte el [Manual para participantes de ACE del condado de San Mateo](#).

El programa ACE no cubre cirugías estéticas, servicios relacionados con el embarazo, planificación familiar, impotencia o infertilidad, servicios de salud mental distintos a los servicios de salud mental limitados a pacientes externos proporcionados en los centros de atención primaria, servicios relacionados al tratamiento por abuso de sustancias, transporte médico de emergencia, atención y tratamiento de emergencia en otros centros, atención o servicios no autorizados recibidos en otros centros, atención a largo plazo, tratamientos o terapias experimentales o en investigación, servicios dentales que no son de emergencia, y ciertos medicamentos recetados como vitaminas, algunos medicamentos para el dolor y tranquilizantes, etc.

Algunos programas estatales, como el Family PACT (planificación familiar), Cada Mujer Vale (EWC) e IMPACT (servicios para el cáncer de próstata), brindan un seguro específico y tienen los mismos criterios de elegibilidad según ingresos que el programa ACE. Si el paciente cumple los criterios específicos de elegibilidad del programa, estos programas se utilizarán para cubrir los servicios específicos en lugar de utilizar el programa ACE para cubrir los mismos.

El programa ACE no cubrirá los procedimientos o internaciones de los pacientes externos que se consideren un beneficio no cubierto. El paciente puede optar por recibir el procedimiento, pero se le cobrará el total de los servicios prestados. Se requerirá un depósito por adelantado.

Autorización previa

Es necesario contar con una autorización previa para la atención especializada externa, las internaciones programadas, las cirugías ambulatorias y ciertos procedimientos para pacientes externos. Sin una autorización previa, es posible que el paciente sea responsable del pago.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Los solicitantes deben ser residentes no asegurados del condado de San Mateo y cumplir ciertos criterios de ingresos específicos. Deben declarar, bajo pena de perjurio, que cumplen los requisitos de elegibilidad que se definen a continuación.

Requisitos respecto a la residencia

Los solicitantes deben ser residentes del condado de San Mateo. La residencia se basa en el lugar de residencia real del solicitante y en la intención comprobable de residir en el condado. La residencia en el condado de San Mateo puede ser autodeclarada.

Criterios de ciudadanía o inmigración

El programa ACE no requiere la ciudadanía o el estado de residente legal para ninguna de sus categorías de programas, excepto para el programa ACE de cobertura temporal. El programa ACE de cobertura temporal sí requiere la ciudadanía o el estado de residente legal.

Criterios con respecto a los ingresos

Las pautas vigentes del nivel de pobreza federal (FPL) del ACE se publican en la página web de SMMC de Salud del condado, y se actualizan cada año.

Exención de Tarifas de ACE

Los ingresos deben ser iguales o inferiores al 138 % del FPL.

Sin Exención de Tarifas de ACE

Los ingresos deben ser iguales o inferiores al 200 % del FPL.

Programa ACE de cobertura temporal

Los ingresos deben ser iguales o inferiores al 200 % del FPL.

Exceso de ingresos del programa ACE

Los ingresos deben ser iguales o inferiores al 225 % del FPL (también debe tener una afección médica crónica para la cual se requiera un tratamiento médico regular y constante, Y tener dificultades económicas).

Estado de cobertura del seguro/de salud

Para calificar para el programa ACE, los solicitantes no deben estar asegurados (se acepta la inscripción en Medi-Cal de cobertura restringida). Los solicitantes que son beneficiarios del financiamiento de pagos de responsabilidad ante terceros no reúnen los requisitos para acceder al programa ACE. El pago de responsabilidad ante terceros incluiría Medicare, Medi-Cal de cobertura completa, Covered California, seguro privado o cualquier otro seguro de atención médica estatal, federal, pública o privada, o el reembolso o la compensación por gastos médicos a través de una fuente de terceros, lo que incluye, por ejemplo, las ganancias de una demanda.

El acceso de los solicitantes al seguro del programa ACE puede ser rechazado si se niegan a solicitar programas estatales o federales para los que es posible que reúnan los requisitos. Esto incluye, entre otros, Medi-Cal restringido con un costo compartido.

Inscripción en Medi-Cal de cobertura restringida para los solicitantes del Programa de Exención de Tarifas de ACE.

Para reunir los requisitos e inscribirse en el Programa de Exención de Tarifas de ACE, los solicitantes deben solicitar su inscripción en Medi-Cal de cobertura restringida y, si reúnen los requisitos, mantener la inscripción vigente. La inscripción en Medi-Cal de cobertura restringida automáticamente registrará al cliente en el Programa de Exención de Tarifas de ACE siempre que el cliente sea residente del condado de San Mateo, sus ingresos familiares sean iguales o inferiores al 138 % del nivel federal de pobreza, y no tenga otra cobertura de seguro de salud.

Poblaciones adicionales que reúnen los requisitos para acceder al programa ACE Incluidos los programas de Exención de Tarifas, Sin Exención de Tarifas, temporal y de Exceso de Ingresos

Los residentes del condado que cumplen los criterios de ingresos aplicables del programa ACE y que no son elegibles para Medi-Cal de cobertura completa, Covered California u otro seguro médico público o privado, reúnen los requisitos para acceder al programa ACE si se encuentran en alguna de las siguientes categorías:

- personas que reciben asistencia general en el condado de San Mateo
- personas que reciben servicios por medio de los programas contra el consumo de alcohol y otras drogas del condado
- personas que reciben servicios por medio del Programa de Atención Médica para Personas Sin Hogar/Salud de Trabajadores Agrícolas (HCH/FH) del condado
- personas menores de 19 años que reciben servicios en un centro de salud para jóvenes del condado de San Mateo y que tampoco reúnen los requisitos para tener acceso al programa Family PACT ni al Programa de Consentimiento del Menor de Medi-Cal de cobertura completa
- personas que reciben servicios de salud del comportamiento y recuperación en el condado de San Mateo

Estas poblaciones que reúnen los requisitos recibirán un aviso explicando que son elegibles para acceder a los servicios del programa ACE, pero que no están obligados a pagar la cuota de participación anual del programa ACE, los copagos, cargos ni la recuperación del patrimonio.

CRITERIOS DE NO ELEGIBILIDAD

Razones por las que no es elegible o por las que pierde el seguro

- Se le negó Medi-Cal, Covered California u otros beneficios debido a la falta de cooperación razonable.
- No solicitó Medi-Cal, Covered California ni ningún otro seguro de terceros cuando se le pidió que lo hiciera (incluido Medi-Cal restringido con un costo compartido).
- Ya no es un residente del condado.
- Ya no cumple los criterios de elegibilidad con respecto a los ingresos.
- No proporcionó la información solicitada.
- No cooperó con una auditoría del programa ACE.
- Proporcionó información para determinar su elegibilidad sustancialmente incorrecta o falsa:
 - En estos casos, es posible que se cancele la participación del paciente en el programa ACE y que deba pagar todos los servicios del programa ACE correspondientes al periodo en el que la información fue incorrecta o falsa, de forma retroactiva.
- Tiene una visa activa emitida por un periodo menor a un año.

CUOTA DE PARTICIPACIÓN ANUAL, COPAGOS, CARGOS

Cuota de participación anual

Cada cliente inscrito en el Programa Sin Exención de Tarifas de ACE y en el programa ACE temporal debe pagar una cuota de participación anual de \$360. No obstante, el pago de la cuota anual no será una condición previa para acceder a los servicios médicos. De conformidad con la sección 16804.1(a) del Código de Asistencia Pública e Instituciones, no se negarán los servicios médicos a ningún paciente por no haber pagado la cuota anual. No se cobrará cuota de cancelación.

Los clientes que puedan y estén de acuerdo en pagar el total de la cuota de participación anual de \$360 en el momento de la inscripción recibirán dos "ACE Bucks" (dólares ACE). Cada ACE Buck puede canjearse en lugar de un copago de consulta de paciente externo en SMMC en el transcurso del año del programa del cliente.

A los clientes que no puedan pagar el total de la cuota de participación anual de \$360 en el momento de la inscripción se les ofrecerá la oportunidad de pagar esta cantidad en parcialidades durante el transcurso del año del programa. El jefe de Salud del Condado de San Mateo o su representante tendrá la autoridad para desarrollar e implementar los planes de las parcialidades para cubrir la cuota de participación anual del programa ACE.

Es posible que la cuota de participación anual del programa ACE quede exenta del pago total o parcial para los clientes que puedan demostrar que dicho pago representaría una dificultad. El jefe de Salud del Condado de San Mateo ha desarrollado e implementado un proceso para evaluar las solicitudes de exención del pago de la cuota de participación anual del programa ACE, si se considera una dificultad. Este proceso se pone a disposición de todos los solicitantes del programa ACE, e incluye, entre otros factores que el jefe de Salud del Condado de San Mateo considere adecuados, una evaluación de los ingresos y gastos del cliente, así como la presencia de afecciones crónicas para las cuales se requiere un tratamiento médico regular y constante.

Copagos

Los clientes de los programas Sin Exención de Tarifas de, ACE temporal y de Exceso de Ingresos de ACE son responsables de realizar los copagos de los servicios seleccionados, los cuales se pagan cuando se recibe el servicio. Para las personas con ingresos de entre 139 % y 200 % del FPL, los copagos de los servicios se fijan de forma que se ajusten a los costos compartidos requeridos por medio de un plan de Covered California. Además, dado que los pacientes del programa ACE de cobertura temporal reúnen los requisitos para obtener créditos de costos compartidos para aumentar el valor actuarial de un plan, los costos compartidos para este grupo se ajustan a los del plan de nivel aplicable de Covered California.

Las cantidades de los copagos para dichos servicios se describen en el folleto del programa ACE que se entrega a cada cliente que reúne los requisitos, y están sujetas a cambios periódicos según lo determine la Junta de Supervisores del Condado de San Mateo.

SAN MATEO COUNTY HEALTH: PLAN DE ACCIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

Los costos compartidos para los principales tipos de servicios son los siguientes:

Consulta con un médico de atención primaria	\$15
Consulta dental de emergencia	\$15 \$20 si no se pagó el copago en el momento de la consulta
Cirugía bucal de emergencia realizada por un médico en una clínica	\$100
Consulta con un médico de atención especializada	\$15
Consulta con otro profesional médico	\$15
Laboratorio Para consulta únicamente en el laboratorio. No aplica si el servicio de laboratorio forma parte de una hospitalización, una consulta para pacientes externos, una visita a la sala de emergencia o una cirugía ambulatoria.	\$15
Consulta de salud del comportamiento	\$15 (dentro de la atención primaria)
Servicios de terapia farmacológica para pacientes externos	\$15
Radiografías	\$25
Imágenes diagnósticas (tomografía computarizada [TC], tomografía por emisión de positrones [TEP], imágenes por resonancia magnética [IRM])	\$50 - TC \$150 - IRM
Medicamentos (genéricos/de marca/no preferidos/especializados)	\$7
Atención de urgencia/sala de emergencias (emergency room, ER)	\$40 - Atención de urgencia \$75 - ER
Cirugía para pacientes externos	\$150
Servicios del Centro Quirúrgico Ambulatorio (cirugía en el mismo día)	\$300
Procedimientos auxiliares para pacientes externos	\$150
Hospitalización	\$300
Atención de enfermería especializada a corto plazo	\$300
Equipo médico duradero	Costo real - artículos que cuestan menos de \$10 \$10 - artículos que cuestan \$100 o menos \$20 - artículos que cuestan más de \$100 \$150 - máquinas de presión positiva continua en las vías

SAN MATEO COUNTY HEALTH: PLAN DE ACCIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

	respiratorias/presión positiva de doble nivel en las vías respiratorias (Continuous positive airway pressure/bilevel positive airway pressure, CPAP/BIPAP)
Dispositivos ortopédicos y protésicos	Costo real - artículos que cuestan menos de \$10 \$10 - artículos que cuestan \$100 o menos \$20 - artículos que cuestan más de \$100
Suministros médicos	Costo real - artículos que cuestan menos de \$10 \$10 - artículos que cuestan \$100 o menos \$20 - artículos que cuestan más de \$100
Servicios de atención médica en el hogar	\$5 - cada consulta médica en el hogar Se incluyen los suministros médicos, los equipos o aparatos asociados a las consultas médicas en el hogar.
Vista	\$15 - par de anteojos \$15 - juego de lentes de contacto Límite de cobertura: \$150 cada dos años
Acupuntura	\$15
Servicios quiroprácticos	\$15
Terapia ocupacional, fisioterapia y del habla	\$15
Servicios de podología	\$15
Audiología (audición)	\$15
Terapia respiratoria	\$15
Gastos máximos de bolsillo	\$1,000

Proceso de recuperación del patrimonio

El proceso de recuperación del patrimonio del programa ACE requiere que Salud del Condado solicite el reembolso de las hospitalizaciones de los pacientes y de las cirugías en el mismo día a los sucesores de algunos participantes del programa ACE que ya han fallecido. El reembolso solo se aplica a los beneficios que recibieron estos participantes al cumplir 55 años de edad o posteriormente, y que poseían bienes en el momento del fallecimiento. Si un participante fallecido no poseía nada en el momento de su muerte, no se deberá nada.

SAN MATEO COUNTY HEALTH: PLAN DE ACCIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

Para los participantes del programa ACE que fallecieron **el 1.º de enero de 2017 o posteriormente:** (consulte los cambios a la recuperación del patrimonio a partir del 1.º de enero de 2017 atribuibles al Proyecto de ley del Senado 833)

- El reembolso se limitará únicamente a los bienes patrimoniales sujetos a sucesión que eran propiedad del participante fallecido en el momento de su muerte.
- El reembolso se limitará a los pagos realizados, incluidos los servicios de centros de enfermería, servicios en el hogar y de la comunidad, así como servicios de hospitales y de medicamentos recetados relacionados que se recibieron cuando el participante estaba hospitalizado en un centro de enfermería o servicios que recibió en el hogar y de la comunidad.

Para los participantes del programa ACE que fallecieron antes del 1.º de enero de 2017:

- Se solicitará el reembolso de todos los bienes que poseía el participante fallecido en el momento de su muerte.

Este proceso de recuperación del patrimonio del ACE se basa en el [Programa de Recuperación del Patrimonio de Medi-Cal](#) y se ha modificado para aplicarlo al programa ACE.

- Además de su copago y, sujeto a las restricciones del Proyecto de ley del Senado 833 mencionado anteriormente, el condado buscará la recuperación del patrimonio por el saldo del costo de las hospitalizaciones o las cirugías en el mismo día.
 - Este saldo se cobrará a su patrimonio con una tasa de descuento.
 - Esto significa que el condado presentará un reclamo sobre su patrimonio si fallece, a fin de cubrir esos costos.
- Si bien, a los pacientes que califican para Exención de Tarifas no se les cobrará el copago, no quedan exentos de la recuperación del patrimonio.
- Independientemente de lo que se adeude, el condado nunca cobrará más de los bienes que poseía el participante en el momento de su fallecimiento.
- Es posible que los pacientes deban completar la documentación que autoriza la acción de recuperación del patrimonio por parte del condado.
- Si desea evitar el proceso de recuperación del patrimonio, puede acordar un plan de pagos con la oficina de Facturación del Centro Médico San Mateo para saldar estos costos.
 - Para obtener más información, llame a la oficina de Facturación del Centro Médico San Mateo al 650-573-2525.

Exención de copagos, cuota de participación anual y límite anual de gastos de bolsillo

Los residentes del condado de San Mateo que se mencionan a continuación, quedarán exentos del pago de la cuota de participación anual, los copagos y los cargos del programa ACE:

1. Clientes con ingresos iguales o inferiores al 138 % del nivel federal de pobreza, y que se inscriban en el programa Medi-Cal de cobertura restringida.
2. Clientes que entran en la categoría de [poblaciones adicionales que reúnen los requisitos para acceder al programa ACE](#) y que reúnen los requisitos de ingresos, residencia en el condado y de seguro/de salud para el Programa de Exención de Tarifas.
3. Clientes a los que se les aprobó la exención de la tarifa de participación por medio del proceso de apelación, como se establece en la sección Apelaciones. Lo anterior solo exentará

SAN MATEO COUNTY HEALTH: PLAN DE ACCIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

total o parcialmente al paciente del pago de la cuota de participación anual y no afectará su obligación de realizar copagos.

La elegibilidad para esta exención se debe evaluar cada año, como mínimo. Esto es necesario debido a que permite incorporar cualquier cambio en la situación financiera de un paciente. El condado determinará y podrá modificar el periodo de elegibilidad de cualquier persona con derecho a recibir servicios cubiertos por los programas de asistencia financiera.

Todos los participantes del programa ACE recibirán un folleto del programa y un Manual para el participante en los que se detallan las cuotas de participación anual, los copagos, así como el programa de recuperación del patrimonio.

Los participantes del programa ACE, independientemente de si califican para una exención de copagos o de cuotas anuales, solo serán responsables de realizar los pagos de hasta un máximo del 6.3 por ciento de sus ingresos por año calendario de las cuotas de participación y los copagos del programa. Después de que un participante del programa ACE incurra en gastos de bolsillo por un total de 6.3 por ciento de sus ingresos en un año calendario por concepto de cuotas de participación, copagos o cargos del programa, la persona no será responsable de pagar ninguna otra cuota de participación, copago o cargo adicional del programa en el mismo año calendario.

Sin perjuicio de lo anterior, el condado conservará el derecho a buscar la recuperación del patrimonio por los gastos de hospitalización y de cirugías en el mismo día que superen una responsabilidad de gastos de bolsillo anual del participante del programa ACE del 6.3 por ciento (6.3 %) de sus ingresos anuales.

Exención de los costos de las consultas

Los solicitantes que reúnan los requisitos para acceder al programa ACE, recibirán una exención de sus saldos de SMMC por las consultas que se llevaron a cabo en los tres meses completos anteriores a la fecha de la solicitud, siempre y cuando también cumplan con los criterios de elegibilidad del programa ACE para ese periodo.

La fecha de solicitud para Medi-Cal se respetará y se considerará como la fecha de solicitud para el Programa de Asistencia Financiera de SMMC. Si se niega la solicitud para Medi-Cal, se puede evaluar la elegibilidad del solicitante para que acceda a los programas de asistencia financiera de SMMC. Si reúne los requisitos, la fecha de solicitud para Medi-Cal se utilizará para determinar la fecha de entrada en vigor de la elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera de SMMC. Dado que el programa ACE no permite fechas de entrada en vigor retroactivas antes de la primera fecha del mes de solicitud, las consultas de los pacientes quedarán exentas de pago de manera retroactiva hasta tres meses antes del mes de la fecha de la solicitud para Medi-Cal.

NOTIFICACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN, RECHAZO DE LA INSCRIPCIÓN O CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN

Los pacientes recibirán un folleto del programa en el que se les informa de las cuotas de participación anual del programa ACE, los copagos, los requisitos de pago de las hospitalizaciones y de las cirugías en el mismo día, el alcance de los servicios, así como las ubicaciones de las clínicas del condado de San Mateo.

Se les informará a los pacientes de un rechazo de su inscripción en el programa ACE dentro de los 45 días siguientes a la presentación de la solicitud de inscripción completada. Se les informará a los pacientes de una cancelación de la inscripción en el programa ACE en persona o por correo al menos 15 días antes de dicha cancelación, a menos que se deba a un fraude o a una declaración falsa, lo que dará como resultado la cancelación inmediata. El rechazo de la inscripción o la cancelación de la misma puede deberse a que no se reúnen o no se comprueban los requisitos de elegibilidad, a un cambio en las circunstancias, o a la solicitud de cancelación del paciente. La cancelación de la inscripción en el programa Medi-Cal de cobertura restringida también constituirá la notificación de la cancelación de la inscripción en el Programa de Exención de Tarifas de ACE.

PROGRAMA DE DESCUENTO EN LA ATENCIÓN MÉDICA (DHC)

DESCRIPCIÓN

Este programa ofrece un descuento a pacientes que no cuentan con un seguro o que no es adecuado, y que cumplen ciertos requisitos de ingresos bajos y moderados. Los pacientes que no califican para el programa ACE del condado o para otra asistencia financiera se les puede evaluar para que accedan al programa de Descuento en la Atención Médica (Discounted Health Care, DHC), de acuerdo con la Ley de Precios Justos para Hospitales de California y otras leyes estatales y federales correspondientes.

ALCANCE DE LOS SERVICIOS

El programa DHC proporcionará un descuento a los pacientes que cumplan los criterios de elegibilidad del mismo. Un paciente puede recibir un descuento sobre la cantidad adeudada de cualquier factura emitida por el Centro Médico San Mateo. Esta tasa de descuento puede ajustarse cada año.

La Junta de Supervisores del Condado fija la tasa de descuento del programa DHC pero, de acuerdo con la ley estatal, no superará la cantidad más alta de pago que SMMC recibiría por prestar los servicios médicos en cuestión de Medicare o Medi-Cal. La tasa de descuento actualmente es del 65 % del total de los cargos.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

El programa DHC ofrece un descuento a los pacientes de SMMC que cumplen los siguientes criterios:

1. Ingreso familiar igual o inferior al 400 % del nivel federal de pobreza.
2. Pacientes no asegurados o con un seguro insuficiente.
 - a. Un paciente con un seguro insuficiente es aquel que tiene un seguro de terceros con un deducible, coseguro o gastos médicos de bolsillo.
3. La consulta no debe haber sucedido antes del 1.º de enero de 2007.

PROCESO DE SOLICITUD

- a. El programa DHC se considerará para cualquier paciente que lo solicite.
- b. No hay límite de tiempo, ya sea antes o después de recibir la atención médica, en el cual se puede determinar la participación en el programa DHC. Siempre que sea posible, los pacientes deben solicitar el programa antes del primer día de recibir los servicios.
- c. El descuento de DHC puede aplicarse a las cuentas que se hayan entregado previamente a una agencia de cobros. El personal o los pacientes pueden iniciar la evaluación de estas cuentas.
- d. El descuento de DHC solo se aplica a los servicios que SMMC haya facturado. Los pacientes pueden buscar asistencia financiera directamente de los proveedores contratados con respecto a las facturas que SMMC no haya emitido.
- e. Para que una solicitud para el programa DHC pueda ser procesada, los pacientes deben presentar comprobante de ingresos y de identidad.

PROGRAMA DE DESCUENTO POR TARIFA PROPORCIONAL (SFDP) PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE LAS PERSONAS SIN HOGAR/SALUD DE LOS TRABAJADORES AGRÍCOLAS (HCH/FH)

DESCRIPCIÓN

El programa SFDP se ofrece a los pacientes que no tienen hogar (People Experiencing Homelessness, PEH) y a los trabajadores agrícolas y a sus dependientes cuyos ingresos son inferiores al 200 % del FPL. Esta política representa el requisito federal de atención médica para las personas sin hogar/salud de los trabajadores agrícolas (HCH/FH) para garantizar que todos los PEH y los trabajadores agrícolas y sus dependientes puedan tener acceso a los servicios del Centro Médico San Mateo, independientemente de su capacidad de pago.

ALCANCE DE LOS SERVICIOS

El programa SFDP brindará una tasa de descuento a todos los servicios que preste el Centro Médico San Mateo. El programa de descuentos se ajustará cada año para que se adapte al nivel federal de pobreza (FPL), y será revisado y aprobado anualmente por la Junta de HCH/FH. La tasa de descuento es de \$0 para los pacientes con ingresos familiares iguales o inferiores al 100 % del FPL, y oscila entre los \$20 y \$30 para los pacientes cuyos ingresos familiares se encuentran entre el 101 y 200 % del FPL.

San Mateo County Health Care for the Homeless Farmworker Health (HCH/FH) Program

(HRSA 330 Program/FQHC)

Sliding Fee Discount Schedule

Effective March 10, 2022

Monthly Income Thresholds by Family Size for Sliding Fee Discount Policy

Poverty Level *	0-100%	101-138%	139-160%	160-200%	>200%
Family Size					
1	\$1,133	\$1,563	\$1,812	\$2,265	\$2,266
2	\$1,526	\$2,106	\$2,441	\$3,052	\$3,053
3	\$1,919	\$2,648	\$3,071	\$3,838	\$3,839
4	\$2,313	\$3,191	\$3,700	\$4,625	\$4,626
5	\$2,706	\$3,734	\$4,329	\$5,412	\$5,413
6	\$3,099	\$4,277	\$4,959	\$6,198	\$6,199
7	\$3,493	\$4,820	\$5,588	\$6,985	\$6,986
8	\$3,886	\$5,362	\$6,217	\$7,772	\$7,773
For each additional person add:	\$393	\$543	\$629	\$787	\$787
Patient Cost	No Charge	\$20	\$25	\$30	No sliding fee discount**

* Based on 2022 HHS Poverty Guidelines (<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>)
 ** Reduced payments may be available through other state or locally funded discount programs

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

El programa SFDP ofrece un descuento a los pacientes de SMMC que no tienen hogar y a los trabajadores agrícolas y a sus dependientes que puedan demostrar que sus ingresos familiares son iguales o inferiores al 200 % del FPL. Si un paciente no puede proporcionar documentación o comprobante de ingresos, deben entregar una autodeclaración firmada de sus ingresos.

El programa SFDP es un programa de último recurso y los clientes solo deben inscribirse si se rechaza o no reúnen los requisitos para la participación en Medi-Cal u otro programa de asistencia financiera (Financial Assistance Program, FAP).

PRACTICAS DE FACTURACIÓN Y COBRO

El Departamento de Servicios Financieros para los Pacientes (Patient Financial Services, PFS) de SMMC es responsable de la facturación y el cobro de los servicios que se prestan en el hospital y las clínicas. SMMC puede emplear proveedores de facturación y agencias de cobros contratados. El Departamento de PFS y los proveedores de facturación se apegarán a los valores y a la misión de SMMC, como una institución de “red de seguridad” comprometida a prestar servicios de emergencia y tratamiento médico a los pacientes, independientemente de su capacidad de pago. SMMC llevará a cabo todas las actividades de facturación y cobros en cumplimiento de las disposiciones de la ley correspondientes, incluidos, entre otros, la sección 127400 del Código de Salud y Seguridad de California, el proyecto de ley de la Asamblea, números 774 (AB774), 1020 (AB1020), 532 (AB532), el proyecto de ley del Senado 1276 (SB1276) y la Ley de Deudas y Cobros Justos. A menos que se especifique lo contrario, esta política no se aplica a los médicos u otros proveedores médicos, incluidos los médicos de la sala de emergencias, anestesiólogos, radiólogos, internistas, patólogos, etc. cuyos servicios no se incluyen en una factura de hospital emitida y enviada por SMMC.

PAUTAS GENERALES

1. SMMC hará todo lo posible para confirmar la información de cobertura de seguro válida y ayudar a los pacientes brindando asistencia financiera. SMMC puede cobrar al paciente o al garante el saldo adeudado, después de que el seguro pague, o el total de los cargos, si corresponde.
2. SMMC está obligado a proporcionar un estimado de los cargos antes de que se presten los servicios, así como un aviso por escrito de las opciones de asistencia financiera. La información de asistencia financiera puede proporcionarse en el momento de brindar el servicio, durante el alta, o dentro de las 72 horas posteriores a la consulta en el hospital o la clínica.
3. SMMC enviará un estado de cuenta de los cargos y el saldo adeudado dentro de los 10 días hábiles posteriores a la fecha del servicio. Es posible que el total de los cargos facturados no incluya todos los cargos asociados con una consulta, como es el caso de los servicios de la sala de emergencias. SMMC puede emplear médicos y profesionales aliados contratados que pueden facturar por separado. Se notifica a los pacientes antes de que reciban los servicios en el caso de que se realice una facturación por separado.
4. Si los pacientes son atendidos en SMMC con un plan de salud grupal o con una cobertura de seguro de salud, estos se consideran fuera de la red. Por lo general, los planes fuera de la red no cubren la totalidad de los costos fuera de la red, dejando al paciente con costos más altos que si hubiera sido atendido por un proveedor de la red. La facturación a los pacientes de estos altos costos por servicios fuera de la red se le denomina “facturación de saldo”. A la facturación de saldo inesperada se le denomina “facturación sorpresa” y está prohibida por la ley estatal. SMMC no factura el saldo de los pacientes y renunciará a estos honorarios según corresponda.
5. SMMC se apegará a las leyes correspondientes, asegurando que los pacientes con altos costos en sus facturas médicas, incluidos deducibles y montos de coseguros, tengan la oportunidad de ser evaluados para recibir asistencia financiera, descuentos, así como planes de pagos.

PACIENTES QUE PAGAN POR CUENTA PROPIA

1. Los pacientes no asegurados recibirán un estimado de buena fe (Good Faith Estimate, GFE) antes de acudir a una consulta programada que no sea de emergencia, durante el proceso de inscripción, o dentro de las 72 horas posteriores a la admisión, previa solicitud. El GFE proporcionará al paciente el costo esperado por los servicios prestados, y no superará una variación de \$400.00. Los cargos finales que superen una variación de \$400.00 se ajustarán de manera que el paciente no sea responsable del pago.
2. Es posible que un paciente no asegurado deba pagar un depósito antes de recibir servicios que no sean de emergencia o servicios electivos. Si no se ha evaluado al paciente para que reciba asistencia financiera, el depósito es de \$25 para consultas en la clínica para pacientes externos y servicios auxiliares relacionados, y de \$550 por hospitalizaciones y cirugías. Si se considera que el paciente no reúne los requisitos para acceder a otro seguro, y por lo tanto se cataloga como paciente que paga por cuenta propia, el depósito es de \$100 para consultas en la clínica para pacientes externos y servicios auxiliares relacionados, y de \$750 por hospitalizaciones y cirugías. Si posteriormente se comprueba que el paciente reúne los requisitos para acceder a un programa de salud, o se inscribe en un plan de seguro, el depósito del paciente se reembolsará.
3. Los pacientes catalogados como pacientes que pagan por cuenta propia recibirán un aviso con la siguiente información:
 - a. Un estado de cuenta de los cargos por los servicios recibidos en SMMC.
 - b. Una solicitud para que el paciente informe al SMMC si tiene cobertura de seguro médico.
 - c. Una declaración que indica que, si el paciente no tiene cobertura de seguro médico, puede solicitar un plan de cobertura de seguro médico o un programa de asistencia financiera, como se indica en esta política.
 - d. Una declaración que indica cómo un paciente puede solicitar un programa de asistencia financiera y que el hospital le proporcionará la solicitud. Si el paciente no señala que tiene cobertura de un tercero responsable del pago, o solicita un descuento en los precios o atención de caridad, el hospital proporcionará al paciente una solicitud para acceder a los programas de asistencia financiera. Esta solicitud se proporcionará antes del alta del hospital si el paciente ha sido ingresado, o a los pacientes que reciban atención de emergencia o atención para pacientes externos.
 - e. Información sobre los programas de asistencia financiera de SMMC, incluida una declaración que indica que, si un paciente no cuenta con seguro médico o no es el adecuado y cumple ciertos requisitos de ingresos bajos a moderados, puede calificar para los programas ACE, DHC o de Atención de Caridad, así como los datos de contacto de la Unidad de Cobertura de Salud para obtener información sobre dichos programas.
 - f. La Health Consumer Alliance (HCA) ofrece asistencia gratuita en persona y por teléfono en el número (888) 804-3536, para ayudar a las personas que tienen dificultades para obtener o conservar un seguro médico, solucionar problemas relacionados con sus planes de salud y facturas de hospital, así como proporcionar información sobre la posible elegibilidad para Covered California y Medi-Cal. La dirección de Internet de la Health Consumer Alliance es <https://healthconsumer.org>. Los pacientes también pueden comunicarse con Legal Aid para obtener asistencia en el número (650) 558-0915, o visitar <https://www.legalaidsmc.org>.
 - g. La dirección de Internet para consultar la lista de servicios que se pueden adquirir en el hospital.

4. Las cuentas de los pacientes se actualizarán para que reflejen la información del responsable del pago actual, incluida cualquier asistencia financiera o seguro médico determinado recientemente. Los pacientes recibirán un nuevo estado de cuenta que reflejará cualquier cantidad revisada de responsabilidad del paciente.

DESCUENTO POR PAGO RÁPIDO POR CUENTA PROPIA

SMMC extiende un descuento del 50 % del total de los cargos a los pacientes que pagan por cuenta propia que realicen el pago dentro de los 30 días siguientes a la fecha de su primera factura. Este descuento asegura que se le reembolse adecuadamente al SMMC el costo de la atención proporcionada al paciente. El paciente es responsable de cubrir el total de los cargos si la cantidad descontada no se recibe a tiempo.

El descuento por pago rápido para pacientes que pagan por cuenta propia se aplica a cualquier paciente que es responsable de una parte de los cargos facturados. Esto incluye la responsabilidad del costo compartido mientras esté cubierto por el programa Medi-Cal solo en aquellos meses en los que los pacientes no cumplieron con su costo compartido. No se aplica a copagos, coseguros, deducibles o cuotas de participación.

Si un paciente que paga por cuenta propia solicita otro seguro y posteriormente se le niega, el estado del paciente volverá a cambiar de “pendiente” a “pago por cuenta propia” y será retroactivo a la fecha de la solicitud inicial. El descuento por pago rápido por cuenta propia se aplicará si el paciente paga el 50 % de los cargos dentro de los 30 días siguientes a la fecha de su primera facturación, después de que se le vuelva a catalogar como paciente que paga por cuenta propia.

POLÍTICA DE EXTENSIÓN DE PAGOS

SMMC ofrece un plan de extensión de pagos, sin descuentos y sin intereses a los pacientes que deben pagar sus facturas completas y no pueden elegir la opción de descuento por pago rápido por cuenta propia. El plan de extensión de pagos puede aplicarse a todos los cargos facturados o a una parte de los mismos que se determinen como responsabilidad del paciente. Los planes de extensión de pagos no tienen intereses y SMMC los pondrán a disposición de los todos los pacientes según su capacidad de pago.

El plan de extensión de pagos se utiliza cuando el paciente no puede realizar un pago completo dentro del ciclo normal de facturación para un paciente que paga por cuenta propia. Un representante de cuentas de SMMC determinará los meses y la cantidad de pagos que se harán en parcialidades. El tiempo de extensión de pagos otorgado se basa en la cantidad total a reembolsar y en el estado financiero actual del paciente. Todos los planes de extensión de pagos deben contar con la aprobación previa de un supervisor o gerente de PFS.

Es posible que los pacientes que no cumplan con el plan de extensión de pagos se remitan a la agencia de cobros contratada de SMMC para su seguimiento.

EXENCIÓN DE SALDOS PARA PACIENTES QUE REÚNEN LOS REQUISITOS PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA

SMMC está comprometido a servir a nuestros pacientes, y puede otorgar una exención de pagos de los saldos de las cuentas si se cumplen los siguientes criterios.

Los solicitantes que reúnan los requisitos para acceder al programa ACE, recibirán una exención de sus saldos de SMMC por las consultas que se llevaron a cabo en los tres meses completos anteriores a la fecha de la solicitud, siempre y cuando también cumplan con los criterios de elegibilidad del programa ACE para ese periodo. Esto es similar a la política de Medi-Cal que permite la cobertura retroactiva de hasta tres meses completos anteriores al mes en que se realizó la solicitud.

La fecha de solicitud para Medi-Cal se respetará y se considerará como la fecha de solicitud para el Programa de Asistencia Financiera de SMMC. Si se niega la solicitud para Medi-Cal, se puede evaluar la elegibilidad del solicitante para que acceda a los programas de asistencia financiera de SMMC. Si reúne los requisitos, la fecha de solicitud para Medi-Cal se utilizará para determinar la fecha de entrada en vigor de la elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera de SMMC. Dado que el programa ACE no permite fechas de entrada en vigor retroactivas antes de la primera fecha del mes de solicitud, las consultas de los pacientes quedarán exentas de pago de manera retroactiva hasta tres meses antes del mes de la fecha de la solicitud para Medi-Cal.

PRACTICAS DE COBRO

SMMC es un hospital de red de seguridad cuya misión exige que se brinde atención médica a las personas, independientemente del estado de su seguro o de su capacidad de pago. La misión de SMMC es enfocar y enfatizar un compromiso para brindar la mejor atención médica posible a aquellos que se encuentran en circunstancias adversas. Estas circunstancias, en su mayoría, giran en torno a problemas relacionados con pagos, planes de seguro o condiciones de salud. SMMC hará todo lo posible para trabajar con los pacientes, los garantes y los planes de seguro para solucionar el pago de los saldos pendientes antes de que una cuenta se remita a la agencia de cobros. De igual forma, los pacientes y SMMC harán todos los esfuerzos razonables para proporcionar y obtener información del seguro válida a fin de garantizar una adecuada facturación.

SMMC no referirá asuntos a cobros cuando los planes de pago estén en negociación o se hayan establecido. No obstante, si los pacientes se comprometen a seguir un plan de pagos establecido y no cumplen con el acuerdo, dicho plan puede enviarse a cobros. Las agencias de cobros pueden solicitar un embargo de propiedad por las deudas sin pagar; sin embargo, es posible que no utilicen los embargos sobre las residencias principales como medio para realizar el cobro de las facturas de hospital sin pagar.

SMMC no referirá a cobros a los pacientes que estén buscando activamente asistencia financiera o que esperen una determinación de elegibilidad para un programa gubernamental. Además, SMMC retirará cualquier cuenta de cobros tras recibir el aviso de información de seguro verificada. Las cuentas de los pacientes que estén en disputa o que se hayan entregado a una agencia de cobros antes de 180 días serán retiradas de cobros y devueltas a la oficina de Servicios Financieros para los Pacientes de SMMC.

SAN MATEO COUNTY HEALTH: PLAN DE ACCIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

SMMC reembolsará a los pacientes cualquier cantidad pagada que exceda el monto adeudado, incluidos los intereses.

1. SMMC enviará tres (3) o más estados de cuenta a los pacientes y otorgará un ciclo de facturación mínimo de 180 días antes de asignar un monto de un saldo adeudado a una agencia de cobros.
 - a. Antes de remitir una factura a cobros o de venderla a otra entidad, SMMC enviará a los pacientes un aviso por escrito denominado “carta de despedida”, que incluye la siguiente información:
 - i. la(s) fecha(s) de los servicios de la factura que se remite a cobros o se vende
 - ii. el nombre de la entidad a la que se le asigna o vende la factura
 - iii. una declaración donde se informa al paciente sobre cómo obtener una factura desglosada por parte del hospital
 - iv. el nombre y el tipo de plan de cobertura médica para el paciente registrado en el hospital en el momento de la prestación de los servicios, o una declaración en la que se indica que el hospital no cuenta con dicha información
 - v. una solicitud para atención de caridad y asistencia financiera del hospital
 - vi. las fechas en las que se envió originalmente al paciente un aviso sobre la solicitud de asistencia financiera, las fechas en las que se envió al paciente una solicitud de asistencia financiera y, si corresponde, la fecha en la que se tomó una decisión sobre la solicitud

2. SMMC solo enviará las cuentas de los pacientes a una agencia de cobros cuando dicha agencia esté de acuerdo en cumplir todas las leyes estatales y federales correspondientes al cobro justo de deudas, así como las relativas a la atención de caridad y de descuento. Eso incluye la Política de Asistencia Financiera de SMMC, la Ley de Precios Justos para Hospitales de California, la Ley Rosenthal de Prácticas Justas en el Cobro de Deudas, la Ley Federal de Prácticas Justas en el Cobro de Deudas, y las regulaciones fiscales en el Título 26 del CFR §§ 1.501(r)-1, y *subsecuentes*.

Tabla de revisión y aprobación de la política de SMMC	
Fecha de origen:	Fecha de la última revisión: junio de 2022
Revisada y aprobada por:	Fecha:
Gerente de Acceso a Pacientes	junio de 2022, septiembre de 2022*
Gerente de Servicios Financieros para Pacientes	junio de 2022, septiembre de 2022*
Gerente de la Unidad de Cobertura de Salud (HCU)	junio de 2022, septiembre de 2022*
Jefe adjunto de Salud	junio de 2022
Concejo de Administración del Ciclo de Ingresos	junio de 2022
Director de Finanzas	junio de 2022, septiembre de 2022*FINAL
Fecha y presentación a cargo de: junio de 2022, Kathy Van Kirk, Gerente de la HCU	
NOTA(s): * Edición menor/nueva publicación junio de 2022	