

## Programas de Asistencia Financiera para Pacientes

El Centro Médico San Mateo (SMMC) está obligado por ley a ofrecer descuentos y exenciones a pacientes que cumplen los requisitos financieros. Se ofrece una evaluación de asistencia financiera a todos los pacientes sin seguro médico y a aquellos con saldos pendientes, incluyendo deducibles, copagos y coaseguros.

La política de asistencia financiera aplica a todos los servicios facturados por SMMC. Los pacientes recibirán una facturación por separado por los servicios prestados por proveedores contratados, como médicos de urgencias y servicios de ambulancia. Estos proveedores también están obligados por ley a ofrecer descuentos y exenciones a pacientes sin seguro médico y a pacientes asegurados con altos costos médicos cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores al 400% del Nivel Federal de Pobreza (FPL). El FPL es una medida de ingresos que se utiliza para determinar la elegibilidad para diversos programas y beneficios de asistencia. Si necesita más información, comuníquese con la Unidad de Cobertura de Salud (Health Coverage Unit-HCU) para obtener ayuda.

Además de los programas de asistencia financiera, SMMC ofrece descuentos de tarifas variables para pacientes que cumplen los requisitos de ingresos y que son atendidos a través del programa de Atención Médica para Personas sin Hogar/Salud para Trabajadores Agrícolas. La información está disponible en nuestro sitio web: [www.smchealth.org](http://www.smchealth.org).

### Cómo solicitar:

Los pacientes pueden solicitar asistencia en cualquier momento. Nuestra Unidad de Cobertura de Salud (HCU) determina la elegibilidad para los programas de asistencia financiera. La elegibilidad se determina con base en la información proporcionada por el paciente. Se requiere comprobante de ingresos e identidad para todos los programas. Se requerirán documentos adicionales para ciertos programas.

Los pacientes pueden solicitar:

- En persona: en una de nuestras oficinas de HCU
- Por teléfono: 1-650-616-2002
- Por correo electrónico: [info-hcu@smcgov.org](mailto:info-hcu@smcgov.org)
- Por correo: Unidad de Cobertura de Salud, 801 Gateway Boulevard, Suite 100, South San Francisco, CA 94080

Las solicitudes y los lugares donde puede solicitarlas están disponibles en línea en [www.smchealth.org/smmc](http://www.smchealth.org/smmc). Las solicitudes también se entregan al momento del registro y se incluyen con los estados de cuenta finales.

### Comprobante de Ingresos del Hogar

El comprobante de ingresos del hogar debe ser entregado dentro de los 45 días después de la fecha de su solicitud. El tamaño del hogar incluye ÚNICAMENTE:

Solicitantes de 18 años o más:

- Cónyuge
- Pareja de hecho (según la definición del artículo 297 del Código de Familia)
- Hijos dependientes menores de 21 años, vivan o no en el hogar

Solicitantes menores de 18 años:

- Padre/Madre
- Familiares a cargo
- Otros hijos menores de 21 años del padre/madre o familiar a cargo

Los comprobantes de ingresos pueden incluir:

- Un recibo o talón de pago reciente de trabajo O
- Un carta o talón de cheque del gobierno (por desempleo o discapacidad) O
- Formularios de impuestos federales

Solo entregue copias de sus documentos. Los originales no serán devuelto.

Esta información no se usará para fines de cobro.

## Proceso de solicitud

Los pacientes deben presentar su solicitud lo antes posible después de recibir atención.

- HCU les ayudará a completar la solicitud.
- Una vez recibida la solicitud y todos los documentos requeridos, se revisará la información para ver si califican para los programas de asistencia financiera de SMMC y los programas de cobertura de salud del Condado y del Estado.
- HCU enviará la solicitud a cualquier programa para cual el paciente califique y desee aplicar.
- Si la solicitud y los documentos requeridos no están completos, HCU enviará una carta indicando lo que falta.
- Todos los documentos requeridos deben presentarse dentro de los 45 días después de la fecha de solicitud; de lo contrario, se enviará una carta de denegación.
- Dentro de los 45 días posteriores a recibir la solicitud completa, se les informará por escrito a los pacientes si califican y para qué programa. El aviso incluirá información sobre cómo apelar una denegación.
- Si algo cambia, los pacientes pueden pedir una reevaluación de su elegibilidad.
- Si un paciente da información falsa en su solicitud o verificaciones, será descalificado para recibir asistencia financiera. Se le podría facturar retroactivamente a los pacientes todos los servicios previamente cubiertos o con descuento. Dar información falsa para obtener beneficios es un delito denunciabile.

## Programas de Asistencia Financiera Disponibles

SMMC ofrece programas de descuento y de caridad para ayudar con los cargos del Centro Médico San Mateo. Estos son los programas de Atención Médica con Descuento, Atención de Caridad y Asistencia por Dificultades Financieras. Estos no son programas de seguro médico.

## Programa de Atención Médica con Descuento

El programa de Atención Médica con Descuento (DHC) ofrece un descuento del 65% en las cuentas pendientes de pacientes que cumplen con los requisitos. El monto con descuento no será mayor que el pago que el hospital esperaría recibir por los servicios de Medi-Cal o Medicare, el que sea mayor. El programa DHC se aplica a los servicios facturados por el hospital, las clínicas y las farmacias de

SMMC que aparecen en la tarjeta de recetas. Los solicitantes aprobados recibirán descuentos en la atención médica durante un año calendario completo antes de tener que volver a solicitarlos.

### **Cómo calificar**

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

1. Tienen un ingreso familiar actual igual o menor al 400% del Nivel Federal de Pobreza Y
2. No tienen seguro médico o tienen seguro, pero califican como pacientes con altos gastos médicos.\*

*\* Los altos gastos médicos se definen como gastos anuales de bolsillo por atención médica que superan el 10% de los ingresos familiares actuales del paciente O los ingresos de los últimos 12 meses (el que sea menor).*

Además de presentar comprobante de ingresos e identidad, los pacientes con seguro que deseen calificar para el programa DHC debido a altos costos médicos también deben presentar comprobante de dichos gastos de bolsillo.

### **Programa de Atención de Caridad**

El Programa de Atención de Caridad es atención médica gratuita para pacientes que no pueden pagar su saldo pendiente a SMMC. Incluye servicios recibidos en el hospital, clínicas o salas de emergencia. No incluye medicamentos recetados ni servicios de proveedores de emergencia externos. Si se aprueba la solicitud para Atención de Caridad, el saldo del paciente será perdonado. Los pacientes deben volver a solicitar Atención de Caridad para futuras citas médicas.

### **Cómo calificar**

Los pacientes son elegibles para el Programa de Atención de Caridad si su ingreso familiar actual es igual o inferior al 138% del Nivel Federal de Pobreza.

### **Programa de Asistencia por Dificultades Financieras**

La Asistencia por Dificultades Financieras (FHA) es para pacientes con dificultades financieras que no pueden pagar los servicios recibidos en el hospital o las clínicas.

Si se aprueba, los pacientes reciben un descuento del 100% y no serán responsables del saldo pendiente.

### **Las dificultades financieras incluyen (entre otras):**

- Fallecimiento de un familiar (que viva en el hogar o esté declarado en los impuestos) en los últimos 6 meses
- Pérdida del empleo o reducción de ingresos
- Enfermedades o accidentes
- Pérdida de la vivienda: ejecución hipotecaria, desalojo, desastre natural, etc.
- Responsabilidad financiera: bancarrota, gravamen, demandas, etc.

### **Cómo calificar**

Para calificar para el Programa FHA, los pacientes:

- Deben tener dificultades financieras
- No pueden pagar su saldo pendiente en SMMC

Además de presentar comprobante de ingresos e identidad, los pacientes que solicitan FHA también deben presentar comprobante de los bienes del hogar y de las dificultades financieras.

## **Cómo apelar**

Los pacientes pueden presentar una apelación a las decisiones de elegibilidad en cualquier momento. Pueden obtener ayuda con cualquier problema relacionado con su capacidad para pagar los servicios médicos.

Presente sus apelaciones a la Unidad de Cobertura de Salud (HCU) por correo, teléfono o correo electrónico.

- Correo: Coordinador de Apelaciones de la Unidad de Cobertura de Salud, 801 Gateway Blvd., Ste. 100, South San Francisco, CA 94080
- Teléfono: 1-650-616-2002
- Correo electrónico: [info-hcu@smcgov.org](mailto:info-hcu@smcgov.org)

## **Las apelaciones deben incluir:**

- Información de identificación (nombre y fecha de nacimiento o número de expediente médico)
- Una declaración sobre lo que se apela. Incluya la documentación de respaldo.

HCU enviará una respuesta por escrito con la decisión sobre la apelación dentro de los 30 días después de recibir toda la información necesaria.

Si el paciente no está de acuerdo con la decisión de la apelación, puede presentar una segunda apelación. Esta segunda apelación será revisada por el Comité de Elegibilidad y Revisión Financiera de SMMC.

## **Facturación y Cobro**

El departamento de Servicios Financieros para Pacientes (PFS) de SMMC se encarga de facturar los servicios recibidos en el hospital y las clínicas. SMMC puede usar empresas contratadas para que cumplan con esta política, según lo autorizado por PFS.

Si SMMC envía cuentas sin pagar a una agencia de cobros, no se reportará a los pacientes a las agencias de crédito ni se pondrán cargos sobre sus propiedades. Todas las actividades de facturación y cobro cumplen con las leyes vigentes.

## **Pacientes que pagan por cuenta propia**

Un paciente que paga por cuenta propia es una persona que paga sus servicios médicos de su propio bolsillo, con o sin seguro médico.

Antes de determinar si un paciente es de paga por cuenta propia, SMMC confirmará si tiene una cobertura médica o seguro médico válido.

Es posible que se requiera un depósito a los pacientes que pagan por cuenta propia antes de recibir los servicios. El depósito es de \$150 para cualquier servicio ambulatorio y de \$550 para cualquier hospitalización o cirugía. Si el paciente es elegible para un programa de cobertura médica o se inscribe en un plan de seguro, se le reembolsará el depósito.

Los pacientes con seguro o sus garantes podrían ser responsables del saldo pendiente después de que el seguro haya cubierto su parte del pago.

Los planes de salud grupales y las coberturas de seguro médico están fuera de la red para los servicios de SMMC.

Los planes fuera de la red generalmente no cubren el costo total, lo que deja al paciente con costos más altos que si hubiera sido atendido por un proveedor dentro de la red. Facturar a los pacientes con esta tarifa más alta por servicios fuera de la red se considera “facturación de saldo”. Una factura de saldo inesperada se conoce como “factura sorpresa” y está prohibida por la ley estatal. SMMC no factura el saldo a los pacientes y perdonará estos cargos según corresponda.

Facturar a los pacientes los montos de deducible, copago y coaseguro no se considera “facturación de saldo” y está permitido.

SMMC cumple con todas las leyes aplicables, que requieren que los pacientes con facturas médicas de alto costo, incluyendo deducibles y coaseguros, tengan la oportunidad de solicitar asistencia financiera, descuentos y planes de pago.

### **Avisos para pacientes**

Los pacientes sin seguro médico recibirán varios documentos que les explicarán cómo solicitar programas de asistencia financiera y detalles sobre los cargos por servicios médicos. Estos incluyen los documentos entregados al momento del alta hospitalaria conocido como Aviso de Alta, la Estimación de Buena Fe) y los estados de cuenta.

### **Aviso de Alta**

Los pacientes recibirán un Aviso de Alta que incluirá información sobre los programas de asistencia financiera, cómo solicitarlos y las opciones de pago. Esta información se proporcionará al momento del servicio, durante el alta o dentro de las 72 horas después de una visita al hospital o clínica.

### **Estimación de Buena Fe**

Los pacientes sin seguro médico recibirán una Estimación de Buena Fe (GFE) antes de una visita programada que no sea de emergencia, durante el registro y si lo solicitan. El GFE es solo una estimación e indica el costo estimado de los servicios. Sus costos reales pueden ser hasta \$400 adicionales.

### **Estado de cuenta**

Los pacientes recibirán un estado de cuenta dentro de los 10 días hábiles posteriores a la fecha del servicio o después de recibir el pago del seguro. Cuando se identifique una nueva cobertura o un paciente califica para un programa de asistencia financiera, se actualizará el monto pendiente de pagar para reflejar estos cambios. Se enviará un nuevo estado de cuenta.

### **Descuento por pago puntual**

SMMC ofrece a los pacientes un descuento del 50% en los saldos pendientes cuando el pago se recibe dentro de los 30 días después a la fecha de la primera factura. El paciente será responsable del saldo total si paga después de 30 días.

Si un paciente sin seguro solicita cobertura y es rechazado, su cuenta cambiará de estado de “solicitud pendiente” a estado de “autopago”. Después de cambiar a estado de autopago, se aplicará el descuento por pago puntual si el paciente paga el 50% del saldo pendiente dentro de los 30 días posteriores a la fecha del estado de cuenta actualizado.

### **Plan de pago extendido**

SMMC ofrece un plan de pago extendido y razonable para los pacientes que pagan por cuenta propia que no eligen el descuento por pago puntual. El plan de pago extendido se usa cuando el paciente no puede pagar el monto total dentro del plazo normal del ciclo de facturación. El plazo adicional que se concede depende del monto total a pagar y la situación financiera actual del paciente.

El plan de pago extendido puede aplicarse a la totalidad o a una parte de los cargos facturados al paciente.

Los planes de pago extendidos no tienen intereses y estarán disponibles para todos los pacientes según su capacidad de pago. SMMC y el paciente acordarán los términos del plan de pago tomado en cuenta los ingresos familiares y los gastos básicos de vida del paciente. Si SMMC y el paciente no llegan a un acuerdo sobre un plan de pago, SMMC usará las siguientes definiciones para crearlo.

Un plan de pago razonable se refiere a pagos mensuales que no superan el 10 % de los ingresos familiares del paciente durante un mes, excluyendo las deducciones por gastos básicos de vida. Los gastos esenciales de manutención incluyen los gastos de cualquiera de los siguientes: alquiler o pago de vivienda y manutención, alimentación y artículos del hogar, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguros, escuela o guardería, manutención infantil o del cónyuge, transporte y gastos de automóvil (incluidos seguros, gasolina y reparaciones), pagos a plazos, lavandería y limpieza, y otros gastos extraordinarios.

### **Proceso de sobrepago**

SMMC reembolsará a los pacientes cualquier cantidad pagada que supere el monto adeudado, incluidos los intereses. Los intereses adeudados por el hospital al paciente se acumularán a la tasa establecida en la Sección 685.010 del Código de Procedimiento Civil, a partir de la fecha en que el hospital reciba el pago del paciente. Sin embargo, SMMC no está obligado a reembolsar al paciente ni a pagar intereses si el monto adeudado es inferior a cinco dólares (\$5.00). SMMC reembolsará al paciente dentro de los 30 días posteriores a la identificación del sobrepago.

### **Accesibilidad**

Si necesita ayuda en su idioma, comuníquese con el Departamento de Experiencia del Paciente.

- Teléfono: 1-650-573-3731
- Correo electrónico: HS\_SMMC\_PatientExperience@smcgov.org
- Oficina: 37th Avenue, San Mateo, CA 94403
- Horario: Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 3:00 p.m.

También ofrecemos apoyo para personas con discapacidades, como documentos en braille, letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles. Estos servicios son gratuitos.

## Más ayuda

Para obtener más información, comuníquese con la Unidad de Cobertura de Salud al 650-616-2002 o visite [www.smchealth.org](http://www.smchealth.org).

Los pacientes pueden consultar nuestra lista de servicios que se pueden adquirir para ayudarles a tomar decisiones sobre sus costos de atención médica.

Está publicada en nuestro sitio web: [www.smchealth.org/smmc](http://www.smchealth.org/smmc).

Si tiene preguntas sobre su factura, llame a nuestro Departamento de Facturación al 1-833-452-0765.

La Alianza de Consumidores de Salud ofrece asistencia gratuita en persona y por teléfono al 1-888-804-3536 para ayudar a las personas que tienen dificultades para obtener o mantener una cobertura médica, resolver problemas con sus planes de salud y facturas de hospital, y brindar información sobre la elegibilidad de Covered California y la presunta elegibilidad de Medi-Cal. Puede encontrar más información en <https://healthconsumer.org>.

La Sociedad de Asistencia Legal del Condado de San Mateo es el socio local de la Alianza de Consumidores de Salud. Llame para obtener asistencia al (650) 558-0915 o visite <https://www.legalaidsmc.org>.

## Programa de Quejas sobre Facturas de Hospitales

Si cree que se le negó injustamente la asistencia financiera, puede presentar una queja ante el Programa de Quejas sobre Facturas de Hospitales del Estado de California. Visite [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov) para obtener más información y presentar una queja.