

# DISPOSICIONES DE LA POLÍTICA

<b>NÚMERO</b>	1502
<b>TÍTULO</b>	Costo de la atención: Programa de Asistencia Financiera (FAP)
<b>FECHA DE ENTRADA EN VIGOR</b>	3 de mayo de 2024
<b>REEMPLAZA</b>	NUEVA

## DECLARACIÓN

Las Disposiciones de la política (Policy Directives, PD) del Departamento de Hospitales Estatales (Department of State Hospitals, DSH) ofrecen una guía, según corresponda, para cumplir con las leyes, regulaciones, códigos, etc. Las PD las emite y firma el director.

## PROPÓSITO

El propósito de estas PD es establecer un proceso estandarizado para evaluar y responder a las solicitudes para reducir, cancelar o condonar el saldo de la cuenta por el costo de la atención de un paciente, las cuales presenta el paciente, custodio o tutor de los bienes del paciente, según lo autorizado por el Código de Bienestar e Instituciones (Welfare and Institutions Code, WIC) sección 7276.

Las secciones 7275-7290 del WIC autorizan que el DSH cobre el costo de la atención, apoyo y mantenimiento de los pacientes responsables.

La Ley de Presupuesto de 2021, Proyecto General de Salud, Capítulo 143, Estatutos de 2021 (Proyecto de Ley del Senado 133), incluye cambios estatutarios a fin de eliminar la responsabilidad financiera para los parientes de un paciente del DSH por la atención y el tratamiento recibidos en un hospital estatal. La Ley de Presupuesto de 2022, Proyecto General de Salud, Capítulo 47, Estatutos de 2022 (Proyecto de Ley del Senado 184), incluye cambios estatutarios para brindar la autoridad al DSH a fin de desarrollar e implementar un Programa de Asistencia Financiera. El propósito de estas PD es proporcionar un proceso estandarizado para que los pacientes del DSH se liberen de su responsabilidad financiera bajo algunas condiciones específicas, cuando corresponda, mientras se garantiza que el DSH cumpla la condición de participación para el reembolso de Medicare.

Se permite la implementación del Programa de Asistencia Financiera (FAP) con base en las reglas y regulaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS), así como la ley estatal, de conformidad con el WIC, sección 7276. Esta política describe los criterios a fin de que los pacientes califiquen para la liberación de sus obligaciones financieras con el DSH.

Esta Política no pretende exentar ni alterar ninguna disposición contractual o tarifas negociadas por o entre el DSH y un pagador tercero, proporcionar descuentos a un pagador tercero no contratado u otras entidades que son legalmente responsables de realizar los pagos en nombre del beneficiario, persona cubierta o asegurada, o que el DSH cumpla las regulaciones de conformidad con cualquier otro programa estatal o federal.

# DISPOSICIONES DE LA POLÍTICA

## RESPONSABILIDAD

**Patrocinador ejecutivo:** Subdirector, División de Servicios Administrativos

**Dueño del proceso:** Sección de Recuperación de Costos para Pacientes (Patient Cost Recovery Section, PCRS), jefe de sección

## AUTORIDAD

1. Código de Bienestar e Instituciones, sección 4025
2. Código de Bienestar e Instituciones, secciones 7275-7290
3. Código de Salud y Seguridad (Health and Safety Code, HSC) sección 127400, Ley de Presupuesto de 2021, Proyecto General de Salud, Capítulo 143, Estatutos de 2021 (Proyecto de Ley del Senado 133)
4. Ley de Presupuesto de 2022, Proyecto General de Salud, Capítulo 143, Estatutos de 2022 (Proyecto de Ley del Senado 184)
5. Código de Procedimientos Civiles, Sección 337(b)

## DEFINICIONES

**Activos:** Un recurso con valor económico a nombre del paciente, que incluye, entre otros, efectivo, certificados de depósito, cuentas bancarias, cuentas fiduciarias, acciones, bonos, tenencias de criptomonedas, bienes personales y bienes inmuebles. Los activos no contables incluyen la residencia principal (donde el paciente vive), el vehículo principal, las herramientas necesarias para el trabajo y los fondos para el retiro (como las cuentas de retiro individuales [Individual Retirement Account, IRA]) si el paciente está tomando la distribución mensual mínima.

**Gastos diarios esenciales:** Gastos para cualquiera de las siguientes opciones: renta o pago de vivienda, mantenimiento de la vivienda, comida y suministros del hogar, pago de servicios, Internet y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguro, escuela o cuidado infantil, apoyo para los hijos o el cónyuge, gastos de transporte y vehiculares para el automóvil principal, incluido el seguro, la gasolina y las reparaciones, pagos fraccionados, lavandería y limpieza, así como otros gastos diarios necesarios.

**Asistencia financiera:** Condonación completa o parcial de la deuda, según se describe en estas disposiciones de la política.

**Solicitud del Programa de Asistencia Financiera (FAP):** Es el mecanismo con el que un paciente del DSH puede solicitar que se reduzca o cancele el costo de su atención. Es un documento proporcionado a la parte solicitante para divulgar los activos, ingresos y compromisos financieros del paciente a fin de determinar su capacidad de pago y calificación para la ayuda financiera total o parcial.

**Guía para pacientes del Programa de Asistencia Financiera (FAP):** Es una guía para los pacientes responsables que les informa sobre el FAP y se les entrega durante la admisión.

**Nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL):** Es una medida de los ingresos que se actualiza cada año en el Registro Federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y se publica en <http://aspe.hhs.gov/poverty>.

## DISPOSICIONES DE LA POLÍTICA

**Consideración financiera:** Es un proceso de revisión que usa los siguientes documentos para ayudar a determinar si un paciente califica para el FAP.

1. Elegibilidad para el seguro de conformidad con cualquier programa de cobertura gubernamental u otro asegurador tercero.
2. Ingresos (determinados con base en las declaraciones de impuestos y talones de pago recientes).
3. Verificación por escrito del salario por parte del empleador.
4. Una lista de todas las responsabilidades financieras (hipotecas, renta, apoyo o restitución ordenado por un tribunal, servicios, etc.).

**Responsabilidad financiera:** Es la responsabilidad de un paciente cuyo compromiso civil o penal requiere que pague su saldo por el costo de la atención, de conformidad con el WIC, sección 7275.

**Ingresos:** Cualquier ganancia recibida por y accesible para el paciente. Incluye, entre otros, salarios, sueldos, propinas, comisiones, ingresos netos del empleo independiente y remuneración por servicios.

**Ingresos no contables:** Los ingresos de la Administración del Seguro Social (para adultos mayores, sobrevivientes e ingreso de seguridad suplementario [Supplemental Security Insurance, SSI]), Asuntos de Veteranos, jubilación ferroviaria, jubilación de trabajadores públicos, jubilación federal, pensiones anuales, sentencias del tribunal y cualquier otro ingreso excluido de conformidad con el programa de Medi-Cal están protegidos de las cobranzas para el pago de deudas, a menos que el paciente o la función de la ley otorgue un permiso.

**Paciente:** Es una persona admitida o que fue admitida con anterioridad en el DSH y que recibe o recibió tratamiento de conformidad con la orden de un tribunal superior del estado o la junta de libertad condicional. Las referencias a los "pacientes" en esta política también pueden aplicar para el custodio del paciente, sus bienes, el administrador de los bienes o defensor público, según corresponda.

**Costo de la atención del paciente:** Se refiere a la acumulación de cargos del paciente por los servicios brindados como resultado de la atención y el tratamiento del DSH, por ejemplo, apoyo, mantenimiento y otros servicios.

**Posible elegibilidad:** Es una determinación que toma la PCRS antes del alta del paciente y que indica si es posible que el paciente sea elegible para recibir asistencia financiera mediante el FAP.

**Pago razonable:** Son pagos mensuales que no exceden el 10 % de los ingresos del paciente en un mes, excluidas las deducciones para los gastos de vida esenciales. Una vez que se acuerda el plan de pagos, la PCRS renovará la factura mensual del saldo pendiente del paciente, de conformidad con el WIC, sección 7277.

**Divulgación de la información (Release of Information, ROI):** Es una Autorización de divulgación de la información del paciente (DSH 5671) que autoriza la divulgación de la información confidencial o protegida del paciente y es necesaria para todas las partes que buscan obtener información médica o de facturación del paciente.

# DISPOSICIONES DE LA POLÍTICA

## PROCESO

### I. Notificación del FAP

- A. Después de la admisión, los pacientes con responsabilidad financiera recibirán la Guía para pacientes de FAP y los requisitos del programa. Estos documentos informarán a los pacientes que están obligados a hacer todos los esfuerzos posibles para solicitar Medicare durante la inscripción abierta y los eventos calificables a fin de compensar el costo de la atención.
- B. Después del alta, los pacientes recibirán una Guía para pacientes del FAP, una solicitud del FAP y un formulario de divulgación de información (ROI) junto con su paquete del alta. El DSH también le enviará la solicitud al paciente después del alta.
- C. Después de recibir la solicitud por escrito, teléfono o cualquier otro medio de comunicación de un paciente o su representante a fin de reducir, cancelar o condonar el monto que debe por el costo de la atención durante su estancia en una instalación del DSH, la PCRS proporcionará una solicitud del FAP y un formulario de ROI al solicitante.
- D. La Guía para pacientes del FAP, la solicitud del FAP y el formulario de ROI estarán disponibles en español y los idiomas hablados por el 5 por ciento o más de los pacientes a los que atiende el DSH. El DSH hará todos los esfuerzos posibles por proporcionar servicios de interpretación a fin de ayudar a los pacientes en cualquier idioma.
- E. La PCRS puede revisar los activos y el estado de beneficios públicos del paciente durante su admisión mediante la Hoja de datos de posible elegibilidad a fin de evaluar la posible elegibilidad para el FAP después del alta. La PCRS puede documentar la posible elegibilidad actual del paciente para recibir asistencia financiera según la información proporcionada por el paciente durante la admisión. Si se determina que el paciente podría calificar para el FAP, después del alta, la PCRS puede solicitar documentación de respaldo a fin de hacer una recomendación formal ante el subdirector en jefe de operaciones o su designado para reducir o eliminar el costo de la atención que se debe.

### II. Determinación

- A. La solicitud del FAP y el formulario de ROI pueden devolverse al DSH por los siguientes medios:

Correo: Department of State Hospitals  
1215 O Street, MS-03  
Sacramento, CA 95814

Correo electrónico: [DSHSACTRUSTOFFICE@dsh.ca.gov](mailto:DSHSACTRUSTOFFICE@dsh.ca.gov)

- B. La PCRS revisará la solicitud del FAP y los documentos de respaldo, confirmando que se haya recibido toda la información necesaria.
- C. Una vez que se reciban todos los documentos, la PCRS notificará a la parte solicitante que la cuenta se revisará, y enviará una notificación por escrito una vez que se tome una decisión.
- D. La PCRS realizará una revisión de la solicitud del paciente y la documentación de respaldo, además de que revisará el saldo de la cuenta por el costo de la atención del paciente. Se hará todo lo posible por tomar una determinación en un plazo de 30 días tras recibir todos los documentos

## DISPOSICIONES DE LA POLÍTICA

necesarios por parte del paciente o su representante; sin embargo, algunas circunstancias atenuantes podrían retrasar la decisión de manera razonable.

- E. La PCRS hará una recomendación de elegibilidad con base en una revisión de la solicitud del FAP y los documentos de respaldo.
  - 1. Si se determina que los ingresos del paciente, sin incluir los ingresos no contables, son del 300 por ciento o menos del FPL, y no hay activos no contables a nombre del paciente, la persona calificará para la ayuda financiera total del costo de su deuda por la atención.
  - 2. Si se determina que los ingresos del paciente están entre el 300 y el 500 por ciento del FPL, la solicitud y los documentos de respaldo se enviarán a la División Legal del DSH para una recomendación de ayuda financiera.
  - 3. Si se determina que los ingresos de paciente están en el 500 por ciento o más del FPL, el paciente no recibirá ayuda financiera para su deuda por el costo de la atención.
- F. Si se identifican algunos activos (p. ej. hogar o propiedad secundarios) y se reconocen algunas circunstancias especiales que caen fuera de los lineamientos de determinación del FPL, la PCRS puede enviar la solicitud del FAP y toda la documentación de respaldo, junto con su recomendación para reducir o cancelar el saldo del costo de la atención, a la División Legal del DSH a fin de que se revise y se indique su acuerdo o desacuerdo, según corresponda.
  - 1. Si la División Legal del DSH no es capaz de proporcionar su opinión dentro de un plazo de 30 días tras la recepción de la solicitud completada y toda la documentación de respaldo, la PCRS enviará una notificación al paciente para indicarle que el proceso de revisión sigue en curso.
  - 2. La PCRS incluirá la opinión de la División Legal del DSH como parte del archivo de documentación de respaldo.
- G. Si se aprueba la asistencia financiera para un descuento total, se le notificará al paciente sobre la determinación y el saldo de su cuenta se reducirá a cero.
- H. Si se aprueba la asistencia financiera para un descuento financiero parcial, el paciente del DSH puede negociar los términos del plan de pagos, tomando en cuenta los ingresos y responsabilidades de paciente, incluidos, entre otros, la manutención infantil, la restitución y los gastos de vida esenciales. El DSH hará todos los esfuerzos razonables para determinar la capacidad de pago del paciente. Si el DSH y el paciente no pueden ponerse de acuerdo con el plan de pago, el DSH enviará un plan de pagos mensuales con pagos que no excedan el 10 % de los ingresos del paciente en un mes, excluidas las deducciones para los gastos de vida esenciales. El DSH puede declarar cualquier plan de pago como no operativo si el paciente no realiza todos los pagos consecutivos que se deben durante un periodo de 90 días y puede reanudar después las actividades de cobranzas normales.
- I. La PCRS proporcionará sus recomendaciones al subdirector en jefe de operaciones o su designado. Si la División Legal del DSH revisó el archivo, su opinión se incluirá en la presentación. El subdirector en jefe de operaciones o su designado tomará la determinación final de aprobar o rechazar una solicitud de asistencia. El subdirector en jefe de operaciones o su designado notificará a la PCRS sobre la decisión.

## DISPOSICIONES DE LA POLÍTICA

- J. La PCRS notificará al paciente o a la parte responsable sobre el resultado de la solicitud en un plazo de 15 días calendario después de que el subdirector en jefe de operaciones o su designado tome la determinación.
- K. Si el saldo se reduce o cancela, la PCRS ajustará las cuentas del paciente y mantendrá toda la documentación relacionada con la decisión durante al menos diez años. Si la solicitud de cancelación se rechaza y el paciente solicita una apelación, continúe con la sección de apelaciones del proceso.

### III. Proceso de apelaciones

- A. En caso de que se apruebe una ayuda parcial o ninguna, la carta de notificación le informará al paciente que puede apelar a la determinación y se proporcionarán las instrucciones. Todas las apelaciones se presentarán ante la PCRS en un plazo de 30 días calendario después de la fecha de la notificación por escrito sobre el resultado de la solicitud de asistencia financiera. El director o su designado revisará las apelaciones. Si una determinación confirma el rechazo inicial, se enviará una notificación por escrito al paciente. Las apelaciones pueden presentarse por los siguientes medios:

Correo: Department of State Hospitals  
1215 O Street, MS-03  
Sacramento, CA 95814

Correo electrónico: [DSHSACTRUSTOFFICE@dsh.ca.gov](mailto:DSHSACTRUSTOFFICE@dsh.ca.gov)

- B. El solicitante puede apelar a la determinación de asistencia financiera al proporcionar la documentación adicional relevante ante el DSH en un plazo de 30 días calendario tras la recepción de la notificación de rechazo. El director o su designado revisará todas las apelaciones. Si la determinación de la apelación confirma el rechazo, se enviará una notificación por escrito al solicitante. El proceso de apelaciones final concluirá en un plazo de 30 días calendario tras la recepción del rechazo por parte del solicitante.
- C. El director o su designado deberá responder a las apelaciones en casos en los que la asistencia financiera se rechazó. Si se rechaza la apelación del paciente y se mantiene el rechazo original, el DSH reanudará las actividades de facturación, que incluyen establecer un plan de pago razonable, de conformidad con el Código de Salud y Seguridad (HSC), sección 127400(i).

### IV. Cobranza

- A. Cuando un paciente presenta una solicitud del FAP y pretende de buena fe resolver una factura pendiente con el DSH al negociar un plan de pagos razonable o hacer pagos parciales por un monto razonable, el DSH no enviará la factura pendiente a ninguna agencia de cobranza u otro asignatario.
- B. En California, el estatuto de limitaciones otorga al DSH cuatro años a partir de la fecha del alta del paciente, del pago más reciente recibido o del acuerdo por escrito del paciente para pagar la deuda, lo que sea más reciente, para tomar acciones legales en contra del paciente o la parte responsable por el saldo del costo de la atención del paciente.

# DISPOSICIONES DE LA POLÍTICA

## FUNCIONES

**Subdirector en jefe de operaciones o su designado:** Revisa la solicitud del FAP y los documentos de respaldo, y aprueba o rechaza la reducción o cancelación de la deuda por el costo de la atención del paciente.

**Director o designado:** Dirige el proceso de apelaciones para la resolución final a fin de aprobar o revocar la determinación del subdirector en jefe de operaciones o su designado.

**División Legal del DSH:** Si corresponde, realiza la revisión legal de la solicitud del FAP y los documentos de respaldo, garantiza el cumplimiento estatutario y hace recomendaciones a la PCRS y al subdirector en jefe de operaciones o su designado.

**Fiduciarios del hospital:** Son responsables de informar los lineamientos al equipo y a los pacientes del DSH sobre el WIC, sección 7276, e intercambiar información sobre el costo de la atención del paciente, incluido lo siguiente:

- Informar a los pacientes durante la admisión al FAP.
- Informar a los pacientes sobre la elegibilidad para Medicare y el proceso de solicitud durante el periodo de inscripción abierta y eventos calificables.

**PCRS:** Proporciona información a los pacientes o sus representantes sobre el FAP. Documenta a los pacientes que solicitan asistencia financiera, reúne y revisa los documentos financieros del solicitante, presenta la recomendación para la reducción o cancelación de la responsabilidad por el costo de la atención y todos los documentos de respaldo ante el subdirector de Servicios Administrativos o la División Legal del DSH (si corresponde) a fin de que se lleve a cabo una revisión y acuerdo o desacuerdo, y notifica a los pacientes o a la parte responsable sobre el resultado. También revisará la información del paciente para su posible elegibilidad a fin de recibir asistencia financiera. Es responsable de analizar e investigar las solicitudes del FAP, incluido recibir, verificar y rastrear toda la documentación relacionada, así como notificar a la parte solicitante sobre la determinación final de su solicitud. La PCRS reenviará su recomendación al subdirector de Servicios Administrativos o su designado para una revisión.

## APROBACIÓN

*Firma original de la directora*

STEPHANIE CLENDENIN  
Directora

Fecha

3 de mayo de 2024

# DISPOSICIONES DE LA POLÍTICA

## REFERENCIA

1. Lineamientos de pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, [Lineamientos de pobreza | ASPE \(hhs.gov\)](#)

## ANEXO

1. DSH 10268 Solicitud del FAP