

Redactado: 11/2005

Revisado: 10/2007, 12/2009, 09/2012, 01/2013, 14/02/2013, 24/10/2014,  
27/02/2015, 30/09/2016

Revisado: 10/2007, 12/2009, 03/2010, 25/03/2013, 09/03/2015, 10/10/2016

Página: 1 de 7

APROBACIONES:

SLT: 07/10/2016; MEC: 10/10/2016; BOD: 3.er trim./2016

Alcance: X Centro médico X Fundación médica (solo servicios en el hospital)

---

Política de atención  
caritativa

## I. PROPÓSITO / ANTECEDENTES

El propósito de esta Política de atención caritativa (la “Política”) de City of Hope National Medical Center (“COHNMC”) es mejorar la calidad de la atención médica y garantizar el acceso a la atención a la máxima cantidad de gente posible dentro de los recursos disponibles en COHNMC. Satisfacer las necesidades de los pacientes sin seguro y con seguro insuficiente es un elemento importante del compromiso de COHNMC con la comunidad.

Esta política busca demostrar el compromiso de COHNMC con sus pacientes, sus familias y las comunidades a las que atiende con la mezcla única de servicios de COHNMC, la cual integra avances biomédicos en investigación, educación y atención clínica.

Esta política busca promover el acceso a los recursos de COHNMC de manera consecuente con su misión y su Código de Ética Institucional.

Para ser un administrador eficaz de los recursos de COHNMC, la Junta Directiva (la “Junta”) se esfuerza por preservar la salud financiera de COHNMC. Con este fin, la Junta promueve un sistema de facturación y cobranza de alta calidad, favorable para los pacientes y eficiente, a la vez que mantiene su compromiso de respaldar y subsidiar la atención médicamente necesaria de los pacientes que necesitan asistencia financiera. Esta política se adoptó con la intención de satisfacer los requisitos dispuestos en la Sección 501(r) del Código Tributario Interno de 1986 y sus modificaciones (el “Código”). Por consiguiente, cualquier interpretación de esta política debe coincidir con la Sección 501(r) del Código.

## II. POLÍTICA

A. **Pacientes cubiertos:** Una persona califica para obtener asistencia financiera en COHNMC y para atención gratuita si reúne todos los siguientes requisitos: (1) la persona reúne los criterios para la atención en COHNMC para un diagnóstico primario de cáncer, diabetes, VIH/SIDA, enfermedad hematológica o tratamiento con trasplante de células hematopoyéticas, (2) la persona cumple con todos los requisitos financieros para atención caritativa y no es capaz de pagar sus saldos de autopago, (3) la persona reúne los criterios de elegibilidad por ingresos dispuestos en la Sección II.C a continuación y en la *Tabla de pautas para atención caritativa* y (4) la persona es residente legal de Estados Unidos según se confirma mediante pasaporte, tarjeta del seguro social o documento de validación de elecciones.

- B. **Tiempo para el cual se aprueba la atención caritativa:** Un paciente será aceptado para atención caritativa durante el período de un año. Si se solicitara un período de atención caritativa más prolongado, el paciente volverá a ser evaluado usando los mismos criterios que se aplicaron originalmente y que se detallaron en esta política.
- C. **Tabla de pautas para atención caritativa:** La *Tabla de pautas para atención caritativa* toma en cuenta los ingresos y el tamaño del núcleo familiar y se basa en las pautas del nivel federal de pobreza (federal poverty level, FPL) dispuestas y actualizadas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. El Director Financiero (Chief Financial Officer, CFO) actualizará anualmente la *Tabla de pautas para atención caritativa* basándose en las actualizaciones del FPL.
- D. **Elegibilidad por ingresos:**
1. **Ingreso por debajo del 600 % del FPL:** Una persona será tenida en cuenta para atención caritativa si sus ingresos (o los de su familia) estuvieran por debajo del 600 % del FPL.
  2. **Activos del paciente:** A fin de conservar la coherencia con la misión de City of Hope (“COH”) y administrar debidamente el dinero de COH destinado a la caridad, todos los activos monetarios del paciente o del tutor legal del paciente se tomarán en cuenta al revisar una solicitud de atención caritativa, con la excepción de los siguientes activos: (a) montos en planes de retiro o de compensación diferida del paciente calificados en virtud del Código Tributario Interno, (b) la residencia primaria donde vive el paciente o la familia del paciente, (c) automóvil necesario para trasladar a los miembros de la familia hacia y desde el trabajo y (d) cuentas de ahorros con menos de dos meses de ingreso anual.
- E. **Servicios cubiertos:** Esta política cubre servicios médicamente necesarios relacionados directamente con el tratamiento de un paciente elegible por un diagnóstico primario de cáncer, diabetes, VIH/SIDA, enfermedad hematológica o tratamiento con trasplante de células hematopoyéticas. Bajo atención caritativa solo están cubiertos los costos de servicios proporcionados en centros hospitalarios de City of Hope y en la farmacia minorista de City of Hope. No están cubiertos otros servicios proporcionados por terceros, incluyendo entre otras cosas los servicios de salud en el hogar excluidos de las Pautas de cobertura de Medicare y los servicios prestados en centros comunitarios no hospitalarios de la City of Hope Medical Foundation. COHNMC no opera un departamento de emergencias.
- A efectos de esta política, las preguntas o inquietudes relacionadas con la necesidad médica serán resueltas por el Director Médico de COHNMC o la persona que él designe, en consulta con el Comité de Atención Caritativa.
- F. **No discriminación:** En la toma de decisiones sobre la prestación de atención caritativa de conformidad con esta política, COHNMC no discrimina sobre la base de la edad, el sexo, la raza, la religión, el credo, la discapacidad, la orientación sexual ni el origen nacional. Todas las determinaciones relacionadas con la obligación financiera de un paciente se basan únicamente en la necesidad financiera, y los pacientes serán tenidos en cuenta para recibir atención caritativa en cualquier ocasión en la que la incapacidad de pago se torne evidente ya sea para el paciente o para COHNMC, independientemente de cualquier determinación previa en virtud de esta política.
- G. **Acceso a atención caritativa – Principios normativos, proceso de solicitud del paciente y procedimientos de revisión de City of Hope:**

**1. Principios normativos:**

- a. Los pacientes pueden solicitar atención caritativa o son identificados como posibles candidatos para atención caritativa por el personal de COHNMC en diversos puntos de ingreso institucional, como p. ej. servicios para nuevos pacientes, admisión de pacientes internados y ambulatorios y registro. Se alienta a todo el personal administrativo y clínico de primera línea, inclusive a los médicos afiliados a COHNMC, el personal de servicios sociales y los defensores del paciente, a identificar pacientes y transferirlos a los Servicios de Apoyo Financiero (Financial Support Services, FSS), una división de Acceso de Pacientes. *La identificación de pacientes elegibles para atención caritativa puede ocurrir en cualquier momento durante la prestación de servicios o durante el proceso de facturación y cobranza.*
- b. Si se determinara inicialmente que el paciente tiene la capacidad de pagar la totalidad o una parte de la factura, esa determinación no impedirá que el paciente solicite asistencia financiera más adelante.
- c. COHNMC hace que la política de asistencia financiera esté ampliamente disponible para el público, inclusive proporcionando notificación por escrito acerca de su programa de atención caritativa en todos los estados de cuenta de fácil comprensión para los pacientes y, según se solicite, tiene en cuenta la oferta de atención caritativa antes de enviar las facturas pendientes a cobranza. COHNMC no procede a cobrar las facturas pendientes mientras el paciente esté intentando calificar para atención caritativa ni mientras esté intentando, de buena fe, definir un convenio de pago.
- d. COHNMC brinda atención caritativa de manera uniforme y coherente conforme a esta política. La determinación de pago total o parcial se basa exclusivamente en la necesidad financiera.
- e. COHNMC podrá reevaluar a los pacientes designados como elegibles para atención caritativa en cualquier momento, y reevaluará la elegibilidad de cada paciente al menos una vez al año.

**2. Proceso de solicitud de los pacientes:**

Los solicitantes deben aceptar y colaborar con una revisión de activos. Es necesario llevar a cabo la siguiente evaluación financiera antes de ser aceptados para atención caritativa:

- a. Se reúne la información financiera del paciente a través del *Formulario de evaluación financiera*.
  - i. Los pacientes deben presentar varios documentos para justificar sus circunstancias financieras y comprobar sus ingresos, incluyendo recibos de sueldo, formularios W-2, declaraciones del impuesto a la renta, declaraciones de desempleo o discapacidad y estados de cuentas de ahorro y cuentas bancarias.
  - ii. Los asesores de FSS ayudan a los pacientes a completar las solicitudes para atención caritativa a fin de ofrecer la mayor coherencia posible.
- b. Si pareciera que el paciente podría ser elegible para Medi-Cal u otro programa de salud estatal, FSS lo transfiere a un proveedor que colabora con COHNMC para ayudar a los pacientes con las solicitudes de Medi-Cal y Medicare Parte B. Es

responsabilidad del paciente o de su familia solicitar dicha cobertura con la ayuda del proveedor de solicitudes de COHNMC y debe presentar comprobantes de una solicitud completa ante COHNMC.

- c. Los pacientes que no califiquen para atención caritativa podrán ser elegibles para asistencia financiera fuera de esta política según lo dispuesto en la política de COH “Descuentos y servicios gratuitos para pacientes”.

### 3. Proceso de revisión de City of Hope:

Las solicitudes de atención caritativa serán procesadas por FSS para determinar si se cumplen las calificaciones financieras. Después de que FSS verifique la calificación financiera, la aprobación o denegación de atención caritativa para los pacientes que necesitan asistencia para todo su plan de tratamiento es determinada por el Comité de Atención Caritativa de COH (el “Comité”), y en el caso de servicios o renovaciones limitados se determina de conformidad con el apartado (f) a continuación:

- a. Constitución del Comité de Atención Caritativa: El Comité está formado por representantes de cada programa clínico de COH, incluyendo el Presidente o persona designada de Hematología/Trasplante de Células Hematopoyéticas, Oncología Médica, Cirugía, Pediatría y Medicina de Atención de Apoyo. Además, entre los miembros se incluirán representantes de la administración, incluidos los Servicios de Apoyo Financiero (FSS), el Director Médico, un Administrador de Casos y Acceso de Pacientes. También se incluirá un representante del Comité de Ética de COH y un representante de la comunidad/del paciente.
- b. El Comité se reunirá dos veces por semana, o según sea necesario, para revisar las solicitudes de los pacientes.
- c. El Comité asignará el dinero para atención caritativa teniendo en cuenta la afección médica de un paciente elegible, la capacidad de COHNMC de brindar el tipo de atención necesaria y la disponibilidad de recursos para atención caritativa en COH.
- d. Otros elementos a tener en cuenta para la aprobación o denegación del Comité incluirán lo siguiente: Se dará prioridad a los pacientes que vivan en el área del sur de California, así como también a los pacientes que padezcan cáncer, enfermedades hematológicas, VIH/SIDA o diabetes y cuyas afecciones sean tratables o curables por métodos disponibles en COHNMC.
- e. En caso de desacuerdos entre los miembros del Comité sobre la aprobación o denegación de la atención caritativa, el Director Médico o la persona que él designe tomarán la decisión final.
- f. Las solicitudes de servicios limitados y de renovación de atención caritativa serán revisadas por los asesores de FSS. Las aprobaciones podrán otorgarse de manera incremental:

Hasta \$5000 – Aprobada por el Asesor Financiero, Servicios de Apoyo Financiero

\$5001 a \$25 000 – Aprobada por el Gerente, Servicios de Apoyo Financiero

\$25 001 a \$50 000 – Aprobada por el Gerente General, Servicios Financieros para el Paciente

\$50 001 a \$100 000 – Aprobada por el Director General, Servicios Financieros para el Paciente

\$100 001 en adelante – Aprobado por el Comité de Atención Caritativa

- g. Después de recibir una solicitud completa y que un FSS verifique las calificaciones financieras, se anexará un plan de seguro “Pendiente de atención caritativa” al registro demográfico del paciente. Esto suprimirá la facturación al paciente y los esfuerzos de cobranza mientras se espera una decisión respecto a la solicitud. Una vez que se toma una decisión y se comunica al paciente, se actualizará en consecuencia el registro demográfico.
- h. Fuera de esta política, el Comité, según su propio criterio, podrá otorgar aprobaciones en casos que no cumplan con todos los criterios especificados en la política en casos de pacientes que permanezcan bajo tratamiento primario activo o aquellos que hayan sufrido una recidiva de la enfermedad. Podrá otorgarse una aprobación si se determinara que una interrupción de la atención probablemente comprometería el resultado clínico del paciente. Las interrupciones en la atención incluyen, entre otras cosas:
- Cobertura restringida vencida del Programa de tratamiento de cáncer de mama y de cuello de útero
  - Condiciones de participación que requieren que el paciente tenga un médico de cabecera en la comunidad
  - Tratamientos/servicios restringidos en la comunidad
  - Actuales pacientes de COH que se pasen a planes de Atención Administrada no contratados (Medicare y Medi-Cal) – Un médico de COH revisa y define si la seguridad y la supervivencia del paciente se verá comprometida si se interrumpiera el tratamiento en curso en COH.
- H. **Notificación al paciente:** Los solicitantes de atención caritativa reciben una notificación de las decisiones por escrito. Siempre que sea posible, la notificación a los pacientes nuevos se incluirá en la carta de aceptación de pacientes nuevos.
- I. **Derecho de apelación del paciente:** Todo paciente al que se le niegue la atención caritativa tiene derecho a apelar. Si se denegara la atención caritativa a un paciente, se incluyen todos los motivos de la denegación en la notificación que se le proporciona y se informa al paciente sobre sus derechos y procedimientos de apelación. El CFO y el Presidente de Personal Médico de COH revisarán y decidirán sobre todas las apelaciones. Si el CFO y el Presidente de Personal Médico de COH no estuvieran de acuerdo, el asunto será referido al Director Ejecutivo, cuya decisión será definitiva.
- Dentro de los 14 días posteriores a recibir una solicitud de apelación de parte de un paciente a quien se le negó atención caritativa, se notificará al paciente y a FSS si la determinación inicial se confirma o se revierte.
- J. **Respeto de la confidencialidad y la privacidad:** Todos los pacientes son tratados con dignidad y justicia en el proceso de solicitud financiera, y COHNMC respeta la confidencialidad y la privacidad de quienes buscan asistencia financiera.
1. El personal de FSS recibe capacitación sobre los requisitos de confidencialidad y privacidad de toda la información del paciente, lo que incluye su información financiera. No se divulgará ninguna información obtenida en la solicitud de

asistencia financiera de un paciente salvo de conformidad con las leyes federales y estatales aplicables y la política de COHNMC.

2. Las conversaciones sobre asistencia financiera se desarrollan en privado, salvo que un paciente solicite otra cosa (p. ej. áreas de espera de centros ambulatorios de las que el paciente se niega a salir). En estos casos la privacidad se conservará lo más posible.

**K. Responsabilidad del paciente:** A fin de recibir atención caritativa en virtud de esta política, los pacientes son responsables de cooperar plenamente con la solicitud y los procedimientos de asistencia financiera y aceptar la evaluación financiera de ingresos y activos, tal como se describió en la Sección II.G.2. A fin de calificar para atención caritativa, los pacientes deben cooperar completando formularios de asistencia financiera y, si fueran elegibles, solicitudes para seguros patrocinados por el gobierno, como Medi-Cal. Un solicitante de atención caritativa deberá demostrar su cumplimiento con este requisito.

**L. Comunicación del proceso de atención caritativa a los pacientes y a la comunidad:**

**1. Conciencia pública:**

- a. COHNMC está comprometido a generar conciencia respecto a la Política de atención caritativa a través de varios mecanismos, entre los que se incluyen: (i) carteles visibles dentro de COHNMC (como afiches o avisos en zonas clave de admisión y recepción, folletos de puntos de servicio en áreas de espera), (ii) el sitio web de COHNMC, (iii) en la notificación escrita de rutina que se entrega en el momento de la admisión a COHNMC y (iv) en los estados de cuenta que muestran los saldos de autopago pendientes del paciente. Todas las notificaciones incluirán un número de llamada gratuita e instrucciones para acceder a un asesor de FSS. COHNMC proporcionará una copia de la “Política de atención caritativa” según se solicite.
- b. COHNMC está comprometido a usar los idiomas nativos de las principales comunidades étnicas y culturales que usen los servicios de COHNMC en todos los materiales utilizados en relación con la “Política de atención caritativa”. También habrá información impresa en inglés y español. Se usarán traductores del Servicio de Traducción de Empleados de COHNMC para apoyar a una amplia variedad de necesidades de idiomas.

2. **Capacitación del personal:** El personal clínico, incluyendo médicos, personal administrativo de primera línea y de servicios financieros para el paciente reciben capacitación para familiarizarse con la “Política de atención caritativa” y actualizaciones periódicas. Servicios Financieros para el Paciente prepara y conserva materiales detallados para la capacitación. Los materiales incluyen información sobre cómo acceder a atención caritativa, estándares de sensibilidad cultural y cómo preservar la confidencialidad, incluso las mejores prácticas y las prácticas no toleradas por COHNMC. Todos los empleados toman conocimiento de la disponibilidad de la atención caritativa como parte de la orientación de empleados.

**M. Cobranzas:**

1. Las cuentas de los pacientes no se envían a cobranza sin brindar a los pacientes un tiempo adecuado para ser evaluados o reevaluados y para desarrollar convenios de pago alternativos. Las cuentas del paciente no serán enviadas a gestión de cobranzas si estuviera pendiente el asesoramiento financiero. Un paciente recibirá aviso con al

menos 7 (siete) días hábiles de anticipación previo al envío de su expediente a una agencia de cobranzas.

2. Ni COHNMC ni sus gestores de cobranza tercerizados usarán retenciones de sueldo ni embargos preventivos sobre residencias primarias como medio para cobrar facturas hospitalarias impagas de pacientes que califiquen para recibir cualquier forma de atención caritativa en virtud de esta política. Es más: en caso de que algún gestor de cobranza tercerizado se vea obligado a emprender una actividad de cobranza extraordinaria, dicho gestor de cobranza debe hacer todo lo posible dentro del Significado de la Sección 501(r) del Código para determinar la elegibilidad de la persona (o de un tercero responsable por el pago de la factura de la persona) en virtud de esta política. Además, los gestores de cobranza tercerizados emitirán tres estados de cuenta y proporcionarán un aviso final 30 (treinta) días antes de emprender actividades de cobranza extraordinarias. Los convenios con terceros cobradores deberán cumplir con la Sección 501(r) del Código. Para obtener más información sobre las acciones que pueden emprenderse en caso de morosidad, consulte la Política de cobranza de autopagos o la Política sobre deudas incobrables de Medicare, las cuales COHNMC pone ampliamente a disposición del público al incluirlas en su sitio web.
3. Todas las agencias contratadas para gestión de cobranzas reciben advertencias sobre la política de COHNMC por escrito y la “Política de atención caritativa” se incorpora a modo de referencia en los contratos de cobranza con dichas agencias. COHNMC recibe garantías por escrito, de parte de las agencias, respecto a que cumplirán con las normas de COHNMC.

#### **N. Supervisión y responsabilidades de la Junta:**

1. La gerencia general revisa informes detallados sobre la prestación de atención caritativa por parte de COHNMC de forma trimestral.
2. La Junta Directiva es responsable de equilibrar la necesidad crítica de asistencia financiera de los pacientes con la sostenibilidad de los recursos de COHNMC y su integridad financiera, a fin de atender a toda la comunidad. Con este fin, Servicios Financieros para el Paciente preparará un informe que presentará ante el Comité de Atención Caritativa a través del Vicepresidente de Ciclos de Utilidades o el Director General de Servicios Financieros para el Paciente, trimestralmente, para informar al comité sobre los totales de asistencia financiera brindada a nuestros pacientes.

Propietario: Director General, Servicios Financieros para el Paciente

Patrocinador: Vicepresidente de Planificación y Ciclo de Utilidades

#### **Políticas relacionadas:**

1. Código de Ética Institucional
2. Política de cobranzas
3. Solicitud y aceptación de pacientes nuevos
4. Servicios con descuento y gratuitos para pacientes
5. Descuentos por cortesía profesional
6. Procedimientos de atención caritativa en farmacias minoristas

#### **Anexo Uno - Siglas, términos y definiciones aplicables a esta política:**

1. **Atención caritativa** – Servicios de atención médica gratuitos o parcialmente subsidiados, incluyendo servicios de farmacias minoristas, proporcionados por COHNMC a personas elegibles que reúnen los criterios dispuestos en la Sección II.A de esta política.

2. **City of Hope (“COH”)** – City of Hope National Medical Center (“COHNMC”), al que también nos referimos como City of Hope (“COH”) a efectos de esta política.
3. **City of Hope Medical Foundation (“COHMF”)** – Añadida al ámbito de esta política como los costos profesionales derivados de los servicios en hospitales que están cubiertos en virtud de esta política.
4. **Sitios comunitarios** – Se refiere a consultorios no hospitalarios gestionados por City of Hope Medical Foundation (“COHMF”). Los servicios brindados en sitios comunitarios de COHMF no basados en hospitales no están cubiertos en esta política.
5. **Ingresos** – El ingreso bruto de todas las fuentes.
6. **Centro médico** – Se refiere a todas las instalaciones cubiertas por la licencia hospitalaria de City of Hope National Medical Center.
7. **Servicios médicamente necesarios** – Servicios de internación o ambulatorios que un miembro del personal médico de COHNMC considere necesarios desde el punto de vista médico.
8. **Saldo de autopago** – El saldo pendiente de una factura de COHNMC que se considere responsabilidad personal de un paciente o un aval luego de pagos de seguros públicos o privados (si los hubiera) o denegaciones de cobertura. El saldo de autopago de un paciente podrá verse aún más reducido en virtud de esta política de atención caritativa. (Aval se refiere a la persona que asume la responsabilidad financiera de los servicios que recibe el paciente).