



Origination 11/1/2005
Last Approved 4/3/2023
Effective 4/3/2023
Last Revised 4/3/2023
Next Review 4/2/2026

Area Administrative -
Institutional
Scope Foundation,
Medical Center

Política de asistencia financiera

I. OBJETIVO/ANTECEDENTES

El objetivo de esta Política de asistencia financiera (la “Política”) de City of Hope (COH) es promover y facilitar el acceso a una atención médica de alta calidad en consonancia con la misión de COH y su Código de conducta. COH pretende mejorar la calidad de la atención médica y garantizar que la atención sea accesible a la máxima cantidad de personas posible dentro de los recursos disponibles en COH. Un elemento importante del compromiso de COH con la comunidad es satisfacer las necesidades de los pacientes sin seguro o con un seguro insuficiente.

Esta política demuestra el compromiso que COH tiene con los pacientes y sus familias y las comunidades que atiende con la combinación única de servicios de COH, la cual integra avances biomédicos en investigación, educación y atención clínica.

II. POLÍTICA

- A. Pacientes que pueden presentar una solicitud:** una persona puede solicitar asistencia financiera (atención gratuita) en COH si cumple todas las siguientes condiciones:
1. La persona cumple los criterios para recibir atención en COH para un diagnóstico primario de cáncer, diabetes, VIH/SIDA, enfermedades hematológicas o para tratamientos con trasplante de células hematopoyéticas; y
 2. La persona cumple los criterios de elegibilidad respecto a los ingresos implementados en esta política y en la *Tabla de pautas para la asistencia financiera* (Apéndice A); y
 3. La persona es residente de EE. UU. o ha recibido atención de COH en el último año, independientemente de su residencia; y la persona no participa en el Programa de Medicina Internacional de COH ni tiene una situación de “paciente internacional.”. Consulte el Apéndice Uno para conocer la definición de paciente internacional.
- B. Tipos de cuenta cubiertos:** esta política cubre los siguientes tipos de cuentas:
1. Servicios de pago por cuenta propia en los que el paciente no tiene un seguro que cubra los servicios en cuestión;
 2. Pacientes con seguro en los que el paciente ha limitado o agotado totalmente sus beneficios médicos;
 3. Pacientes con seguro que no pueden pagar las responsabilidades del paciente, p. ej., deducibles, coseguros o copagos, según lo exija la cobertura de terceros, incluido el deducible o el coseguro de Medicare y la participación del costo de Medi-Cal.
- C. Servicios cubiertos:** esta política cubre todos los servicios médicamente necesarios que COH suele brindar a sus pacientes, que generalmente están directamente relacionados con el tratamiento de un paciente elegible para el diagnóstico primario de cáncer, diabetes, VIH/SIDA, enfermedades hematológicas o para tratamientos con trasplante de células hematopoyéticas. COH no suele proporcionar atención médicamente necesaria en otros contextos (p. ej., COH no opera un departamento de emergencia ni proporciona atención médica de emergencia a la población en general); sin embargo, si COH les proporcionó otros servicios médicamente necesarios a sus

pacientes, más allá de los servicios cubiertos por esta política según lo descrito anteriormente, COH lo hará sin considerar la capacidad de pago de la atención que tenga el individuo.

1. Esta política cubre los servicios facturados por COH National Medical Center y COH Medical Foundation.
2. Esta política cubre los servicios facturados por las farmacias minoristas de COH, incluidos los medicamentos especializados y no especializados.
3. A efectos de esta política, las preguntas o inquietudes acerca de la necesidad médica serán respondidas por el director médico de COH, o la persona que este designe.

D. Asistencia financiera brindada: si un paciente califica para la asistencia financiera, el paciente recibirá la asistencia financiera necesaria para garantizar que los servicios brindados por COH cubiertos por esta política y recibidos durante el plazo elegible no tengan costo para el paciente en cuanto a la atención médicamente necesaria. No existe una escala móvil de descuentos asociada a la prestación de asistencia financiera. Una vez que un paciente en COH califica para la asistencia financiera, el paciente recibe todos los servicios sin costo de bolsillo.

E. Montos generalmente facturados: para brindar asistencia financiera, la ley exige que COH considere y revele el método para calcular los montos generalmente facturados (“montos generalmente facturados” o “AGB”) *cuando corresponda* a las personas con un seguro que cubre la atención de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios, y para garantizar que a los pacientes aceptados para la asistencia financiera no se les cobre más de los AGB.

1. No corresponden los AGB. Los pacientes de COH que califiquen para la asistencia financiera recibirán servicios (incluida la atención de emergencia u otros cuidados médicamente necesarios) sin costo de bolsillo.
2. COH no cobrará a los pacientes ya que la atención se brinda sin costo de bolsillo. Por lo tanto, a los pacientes no se les cobrará más de los AGB por servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios.
3. COH utiliza el método prospectivo de Medicare para calcular los AGB.

F. Plazo por el cual se aprueba la asistencia financiera: se aceptará a un paciente para la asistencia financiera durante el período de un año. Si se requiere y solicita un período más prolongado para la asistencia financiera, se volverá a evaluar al paciente con los mismos criterios que se aplicaron inicialmente y que se describen en esta política.

G. Criterios de ingresos y activos para la asistencia financiera: se evalúa la calificación de los pacientes en función de sus ingresos y sus activos.

1. **Tabla de pautas para la asistencia financiera:** la *Tabla de pautas para la asistencia financiera* (Apéndice A) tiene en cuenta los ingresos y la cantidad de integrantes de la familia, y está basada en las pautas del nivel de pobreza federal (*federal poverty level*, FPL) que establece y actualiza anualmente el Departamento de Salud y Servicios Humanos. La *Tabla de pautas para la asistencia financiera* será actualizada anualmente por el vicepresidente de Ciclo de Ingresos conforme a las actualizaciones del FPL.
2. **Ingresos menores al 600 % del FPL:** se tendrá en cuenta a una persona para la asistencia financiera si sus ingresos (o los de su familia) son inferiores al 600 % del FPL, como se establece en la *Tabla de pautas para la asistencia financiera*. También se tendrá en cuenta a una persona para la asistencia financiera si dicha persona o sus bienes se han declarado en quiebra.
3. **Activos del paciente:** de acuerdo con la misión de COH y la administración adecuada de los fondos de COH, en la revisión de la solicitud de asistencia financiera se pueden tomar en cuenta todos los activos monetarios del paciente o de su tutor legal, a excepción de los siguientes activos: (a) montos de los planes de jubilación o compensación diferida del paciente que califiquen según el Código Tributario Interno; (b) la residencia principal donde vive el paciente o la familia del paciente; (c) automóvil necesario para transportar hacia y desde el lugar de trabajo a los integrantes de la familia que trabajan; y (d) cuentas de ahorro con menos de dos meses de ingresos anuales.

H. No discriminación: para tomar decisiones respecto a la prestación de asistencia financiera en virtud de esta política, COH no discrimina en función de la edad, el sexo, el género, la identidad de género, la raza, la religión, el credo, la discapacidad, la orientación sexual ni el país de origen.

1. Todas las determinaciones respecto a la obligación financiera del paciente se basan únicamente en la necesidad financiera y los pacientes pueden ser considerados para recibir

asistencia financiera en cualquier momento en que la imposibilidad de pago se vuelva evidente para el paciente o COH, independientemente de cualquier consideración anterior en virtud de esta política.

2. Un paciente puede solicitar asistencia financiera en cualquier momento.
3. COH presta asistencia financiera de manera uniforme y coherente de acuerdo con esta política.

I. Proceso de solicitud del paciente y revisión de las solicitudes por parte de COH:

1. Identificación de los pacientes que pueden ser elegibles para la asistencia en virtud de esta política:

- a. La identificación de los pacientes que son elegibles para la asistencia financiera puede realizarse en cualquier momento, incluso antes de que se programen los servicios, mientras el paciente recibe los servicios o durante el proceso de facturación y cobro.
- b. Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera o ser identificados como posibles solicitantes de asistencia financiera por el personal de COH en varios puntos de la continuidad de la atención, tales como los Servicios de derivación de pacientes, la programación, el asesoramiento financiero, la admisión de pacientes hospitalizados y ambulatorios y el registro. Se recomienda a todo el personal administrativo y clínico de primera línea, incluidos los médicos afiliados a COH, el personal de Trabajo Social Clínico, los defensores de pacientes y las Operaciones de Investigación, que identifiquen a los pacientes y los deriven al área de Autorización Financiera (*Financial Clearance*, FC), una división de Acceso del Paciente.
- c. Si se determina inicialmente que el paciente tiene la capacidad de pagar toda o parte de la factura, esa determinación no impide que el paciente solicite asistencia financiera más adelante.
- d. Esta política no cambia las políticas existentes de COH que permiten a COH:
 - i. Redirigir a los pacientes que están fuera de la red a un proveedor de la red, o bien
 - ii. Determinar si se aceptan pacientes de instituciones externas que solicitan traslado a COH. Para obtener información adicional, consulte *Traslado dentro o fuera de COHNMC* y *Políticas de admisión de pacientes*.

2. Proceso de solicitud del paciente:

- a. Los solicitantes son responsables de cooperar plenamente con el proceso de solicitud, incluido el suministro de la información solicitada en el Formulario de evaluación para la asistencia financiera.
 - i. Los pacientes o posibles pacientes deben presentar varios documentos que corroboren la situación económica y la prueba de ingresos, incluyendo recibos de sueldo, formularios W-2, declaración de impuestos sobre la renta, declaración de desempleo o discapacidad y estados de cuenta bancaria y ahorros. Si la situación económica de un paciente ha cambiado desde su último W-2 o declaración de impuestos sobre la renta anterior, se utilizarán los últimos cuatro recibos de sueldo para determinar la prueba de ingresos.
 - ii. Los asesores de la FC pueden ayudar a los pacientes a completar las solicitudes de asistencia financiera para proporcionar la mayor coherencia.
- b. Si pareciera que el paciente puede ser elegible para Medi-Cal u otro programa estatal de salud, el área de FC deriva al paciente a un proveedor que puede ayudarlo con las solicitudes de Medi-Cal y la Parte B de Medicare. Es responsabilidad del paciente y su familia solicitar dicha cobertura con la ayuda del proveedor de solicitudes de COH y se debe presentar la prueba de la solicitud completa a COH.
- c. Los pacientes que no califican para la asistencia financiera en virtud de esta política pueden ser elegibles para otra asistencia a través de las políticas de COH indicadas en la sección Políticas relacionadas al final de esta política, o a través de programas externos de asistencia farmacéutica.
- d. COH también puede recopilar la información necesaria a través de una herramienta automática para evaluar si la persona es elegible para la asistencia financiera

presunta.

3. Proceso de revisión de COH:

- a. El área de FC revisará las solicitudes de asistencia financiera para determinar si el paciente cumple los criterios de elegibilidad de esta política.
- b. Luego, las solicitudes serán aprobadas o denegadas por las siguientes personas designadas por COH en función de la responsabilidad anual estimada del paciente:
 - i. Hasta \$10,000: asesor financiero, Autorización Financiera
 - ii. \$10,001 a \$25,000: administrador, Autorización Financiera
 - iii. \$25,001 a \$50,000: administrador sénior, Servicios Financieros para Pacientes
 - iv. \$50,001 a \$100,000: director, Servicios Financieros para Pacientes
 - v. \$100,101 a \$500,000: vicepresidente, Ciclo de Ingresos
 - vi. \$500,001 y más: director médico, director financiero y director de operaciones o las personas que estos designen
- c. Estos montos estimados de responsabilidad financiera se calculan en función del plan de tratamiento del paciente propuesto por el paciente, teniendo en cuenta la cobertura de seguro y los descuentos disponibles en virtud de otras políticas de COH, como se indica a continuación.
- d. El cálculo anual se basará en la fecha del servicio, en lugar del año calendario.
- e. Puede resultar difícil cuantificar el monto en dólares descrito más arriba para los pacientes cuya residencia principal se encuentra fuera de las zonas que COH generalmente atiende. Estas personas se pondrán en contacto con Cuidados de Apoyo para una evaluación de su acceso al transporte hacia y desde COH para la atención necesaria, una deliberación de los recursos de cuidado disponibles para ellos cerca de su residencia principal y un análisis de su plan de seguro y su cobertura, en su caso, para los servicios en COH. De ser necesario, el Comité de Asistencia Financiera puede revisar las solicitudes de estos pacientes.
- f. También puede resultar difícil cuantificar el monto en dólares descrito más arriba para los pacientes que son elegibles para participar en un ensayo clínico. Estas personas se pondrán en contacto con el personal de investigación adecuado y el área de Autorización Financiera para una evaluación de su posible responsabilidad por los servicios de atención estándar, una revisión de los ensayos clínicos potencialmente aplicables y un análisis de su plan de seguro y su cobertura, en su caso, para los servicios en COH. De ser necesario, el Comité puede revisar las solicitudes de estos pacientes.
- g. Según sea necesario, cualquiera de los revisores anteriores puede consultar con el personal clínico de COH, así como con la administración de COH, la Autorización Financiera, la Gestión de Casos, el Acceso del Paciente, las Operaciones de Investigación y los Servicios de Investigación Clínica, y el Departamento de Ética y Cumplimiento.
- h. Después de recibir la solicitud completada y de que el área de FC verifique los requisitos financieros, se adjuntará un plan de seguro “de asistencia financiera pendiente” al registro demográfico del paciente. Esto suspenderá los esfuerzos de facturación y cobro del paciente mientras se espera la decisión de la solicitud. Cuando se tome la decisión y se le comunique al paciente, el registro demográfico se actualizará consecuentemente.

4. Excepciones a la política: un Comité de Asistencia Financiera (“el Comité”) puede aprobar pacientes para la asistencia financiera que no cumplan todos los criterios de elegibilidad especificados en esta política.

- a. El Comité está formado por el director médico o la persona que este designe, representantes de cada programa clínico de COH (incluido el presidente o la persona designada por Hematología/Trasplante de Células Hematopoyéticas, Oncología Médica, Cirugía, Pediatría), Ciclo de Ingresos, Autorización Financiera, Medicina de Cuidados de Apoyo, un miembro del Comité de Derechos del Paciente y Ética Organizacional, y un representante de la comunidad/paciente. El Comité puede invitar a otras personas a presentar casos ante el Comité, incluido el médico

tratante del paciente.

- b. El Comité se reunirá cada dos semanas, o cuando sea necesario, para revisar las solicitudes que no cumplan los criterios de elegibilidad de esta política. El Comité puede ser convocado de forma *ad hoc* para solicitudes urgentes.
- c. Por ejemplo, es posible otorgar la aprobación si se determina que la interrupción de la atención probablemente comprometa el resultado clínico del paciente. Las interrupciones de la atención incluyen, por ejemplo, lo siguiente:
 - i. Cobertura restringida vencida del Programa de Tratamiento del Cáncer de Mama y Cuello Uterino
 - ii. Condiciones de participación que exigen que el paciente tenga un médico de atención primaria (PCP) en la comunidad
 - iii. Tratamientos/servicios que están restringidos en la comunidad
 - iv. Pacientes actuales de COH que se pasan a los Planes de salud administrados no contratados (incluidos los planes comerciales, de salud administrados por Medicare y Medi-Cal) cuando un médico de COH analiza y determina que la seguridad y la supervivencia del paciente se verán comprometidas por la interrupción del tratamiento que está en curso en COH.

5. **Revisión anual:** COH puede volver a evaluar a los pacientes que hayan sido designados como elegibles para la asistencia financiera en cualquier momento y evaluará nuevamente la elegibilidad de cada paciente al menos una vez al año.

J. **Notificación del paciente:** las decisiones se les notifican por escrito a los solicitantes de la asistencia financiera.

K. **Derecho del paciente a apelar:** todos los pacientes a los que se les niegue la asistencia financiera tienen el derecho a apelar. Si se le niega la asistencia financiera a un paciente, en la notificación correspondiente que se proporciona se incluyen todos los motivos y se le informa al paciente sobre sus derechos de apelación y los procedimientos de derechos de apelación.

1. El vicepresidente de Ciclo de Ingresos y el presidente de Personal Médico de COH revisarán y determinarán las apelaciones. Si el vicepresidente de Ciclo de Ingresos y el presidente de Personal Médico de COH no están de acuerdo, el asunto se remitirá al director ejecutivo, cuya decisión será definitiva.
2. Dentro de los 14 días posteriores a recibir una apelación de un paciente al que se le negó la asistencia financiera, se notificará al paciente y al área de FC si la determinación inicial se afirma o se revierte.

L. **Respeto a la confidencialidad y privacidad:** todos los pacientes son tratados con dignidad y equidad en el proceso de solicitud financiera y COH respeta la confidencialidad y privacidad de aquellos que buscan asistencia financiera.

1. El personal de FC recibe capacitación respecto a los requisitos de confidencialidad y privacidad de toda la información del paciente, incluida la información financiera del paciente. La información que se obtiene en la solicitud de asistencia financiera del paciente no se puede divulgar, salvo de conformidad con las leyes federales y estatales vigentes y las políticas de COH.
2. Las conversaciones respecto a la asistencia financiera se realizan en privado, a menos que el paciente indique lo contrario (p. ej., zonas de espera ambulatorias cuando los pacientes deciden no irse de la sala de espera). En estos casos, se intenta lograr la mayor privacidad posible.

M. **Comunicación del proceso de asistencia financiera a los pacientes y la comunidad:**

1. **Conciencia pública:**

- a. COH se compromete a generar conciencia sobre la Política de asistencia financiera a través de diversos mecanismos que incluyen, entre otros: (i) avisos visibles dentro de COH (por ejemplo, afiches o avisos en zonas clave de admisión y registro, folletos de puntos de servicio en las zonas de espera); (ii) el sitio web de COH; (iii) en la notificación escrita de rutina que se proporciona en la admisión a COH, y (iv) en los estados de cuenta que muestran los saldos pendientes de pago por cuenta del paciente. Todas las notificaciones incluirán un número gratuito e información que explique cómo acceder a un asesor de FC. COH también proporcionará una copia impresa o electrónica de la “Política de asistencia financiera” a pedido.

- b. COH tiene el compromiso de usar los principales idiomas de las comunidades étnicas y culturales más importantes que utilizan COH en todos los materiales que se usan en relación a la “Política de asistencia financiera”. La información impresa estará disponible en inglés, español y chino tradicional. Se utilizarán los traductores del Servicio de Traducción para Empleados de COH a fin de satisfacer diversas necesidades lingüísticas.
2. **Capacitación del personal:** el personal clínico, incluyendo los médicos, el personal administrativo de primera línea y el personal de servicios financieros para pacientes se capacitan para familiarizarse con la “Política de asistencia financiera” y reciben actualizaciones periódicas sobre los cambios. Los Servicios Financieros para Pacientes preparan y mantienen materiales detallados para la capacitación. Los materiales incluyen información sobre cómo acceder a la asistencia financiera, los estándares de sensibilidad cultural y cómo proteger la confidencialidad, incluidas las mejores prácticas y las prácticas no toleradas por COH. Se les informará a todos los empleados sobre la disponibilidad de la asistencia financiera como parte de la orientación del empleado.

N. Cobros y cumplimiento normativo:

1. COH aplicará esta política antes de que las cuentas pendientes se envíen para su cobranza. COH no envía las cuentas pendientes para su cobranza mientras un paciente está recibiendo asesoramiento financiero, intentando calificar para la asistencia financiera o intentando de buena fe liquidar el pago.
2. Ni COH ni las agencias de cobranza tercerizadas usarán la retención del salario, el embargo de la residencia principal ni tomarán medidas de cobro extraordinarias (*extraordinary collection activities*, ECA) como forma de cobrar las facturas hospitalarias pendientes de pago de los pacientes que son elegibles para cualquier forma de asistencia financiera en virtud de esta política.
 - a. Las ECA no se utilizan en relación con esta política. Aunque COH no utiliza ECA, COH se compromete a cumplir todas las leyes que rigen sus transacciones de servicios financieros además de las que rigen el uso de ECA, lo que significa que si se utilizaran ECA (que no se utilizarán): (1) todas las agencias de cobranza tercerizadas deben hacer un esfuerzo razonable dentro del significado de la Sección 501(r) del Código para determinar la elegibilidad de una persona (u otra persona responsable del pago de su factura) en virtud de esta política; (2) la agencia de cobranza tercerizada deberá emitir tres declaraciones y proporcionar un aviso final 30 (treinta) días antes de que se tomen las medidas de cobro extraordinarias; y (3) los acuerdos con las agencias de cobranza tercerizadas deberán cumplir con la Sección 501(r) del Código.
 - b. Para obtener más información sobre las medidas que se pueden tomar en caso de incumplimiento, consulte la *Política de cobro de pago por cuenta propia* o la *Política de deudas incobrables de Medicare*, que COH difunde ampliamente al público al publicarlas en el sitio web de COH.
3. Se informa por escrito a todas las agencias que se utilizan para el cobro sobre la política de COH y la “Política de asistencia financiera” se agregará por referencia en los contratos de cobro con dichas agencias. COH recibe la garantía escrita de que las agencias cumplirán los estándares de servicios financieros de COH.
4. COH cumple con AB1020 en relación con el proceso de cobro de deudas del consumidor y la asignación de deudas.
5. COH cumple con la Ley de Facturación No Sorpresa y garantiza que las estimaciones de buena fe para los pacientes que pagan por cuenta propia y no tienen seguro incluyan los descuentos porcentuales adecuados.

O. Supervisión y responsabilidades de la Junta: para garantizar una supervisión adecuada, COH ha implementado varios niveles de gestión y revisión de programas:

1. El equipo directivo revisa los informes detallados sobre la prestación de asistencia financiera de COH trimestralmente.
2. La Junta Directiva es responsable de equilibrar la necesidad crítica de asistencia financiera para el paciente con la viabilidad de los recursos de COH y su integridad financiera para atender a la comunidad en general. Con este fin, la Junta recibirá un informe anual que les

informará sobre la asistencia financiera total y los beneficios comunitarios brindados a nuestros pacientes.

3. Para administrar eficazmente los recursos de COH, la Junta Directiva (la “Junta”) trabaja para preservar la salud financiera de COH. Con este fin, la Junta promueve un sistema de facturación y cobranza de alta calidad, fácil de usar para el paciente y eficaz, mientras continúa con su compromiso de respaldar y subsidiar la atención médicamente necesaria de los pacientes que requieren asistencia financiera. Esta política fue adoptada con la intención de satisfacer los requisitos implementados en la Sección 501(r) del Código Tributario Interno de 1986 y sus modificaciones (el “Código”). Por lo tanto, cualquier interpretación de esta política debe coincidir con la Sección 501(r) del Código.

Políticas relacionadas

1. Centro de Medicina Internacional: Política de pago del paciente y aspectos financieros
2. Código de conducta
3. Política de cobro
4. Solicitud y aceptación de nuevos pacientes
5. Admisiones de pacientes
6. Descuentos y servicios sin costo para pacientes
7. Servicios Financieros para Pacientes: asistencia bajo COBRA
8. Asistencia para recetas médicas
9. Descuentos de cortesía profesional
10. Suministro de artículos de asistencia al paciente a pacientes que demuestren necesidad financiera
11. Traslado dentro y fuera de COHNMC

Apéndice uno – Siglas, términos y definiciones aplicables a esta Política

1. **Política de atención caritativa** – La Política de asistencia financiera reemplaza la Política de atención caritativa.
2. **City of Hope (COH)** – City of Hope National Medical Center (COHNMC) y City of Hope Medical Foundation (COHMF o Fundación)
3. **Medidas de cobro extraordinarias (ECA)** – Se definen como medidas tomadas por una institución hospitalaria contra una persona en relación con la obtención de atención cubierta por la FAP (Política de asistencia financiera) de la institución hospitalaria.
4. **Asistencia financiera** – Servicios de atención médica gratuitos o parcialmente subsidiados, incluyendo los servicios de farmacia minorista, proporcionados por COHNMC y COHMF a personas elegibles que cumplen los criterios implementados en la Sección II.A de esta Política.
5. **Ingresos** – Ingreso bruto de todas las fuentes.
6. **Paciente internacional** – De conformidad con el Centro de Medicina Internacional: Política de pago del paciente y aspectos financieros, un paciente internacional puede incluir, entre otras, las circunstancias del paciente que se describen a continuación: Un paciente:
 - a. Que es extranjero y reside fuera de los EE. UU.; o
 - b. Que reside en un territorio de los EE. UU. (Puerto Rico, Guam, St. Thomas, St. John, Water Island, Islas Marianas del Norte, Samoa Americana); o
 - c. Que es extranjero y se encuentra temporalmente en los EE. UU. y no utiliza fondos o beneficios de programas gubernamentales federales o estatales de los EE. UU. para pagar servicios médicos. Estos pacientes
 - Pueden estar recibiendo atención en otro hospital y buscando transferir la atención a COH;
 - Pueden haber sido diagnosticados y/o haber iniciado/finalizado el tratamiento en otro país; o

- Pueden estar en casa de algún familiar o de vacaciones
- d. Que tiene una casa en los EE. UU. pero reside principalmente en su país de ciudadanía (por ejemplo: un paciente canadiense con una casa de invierno en Phoenix, AZ); o
 - e. Que es ciudadano estadounidense y vive fuera de los EE. UU. o reside permanentemente en otro país; o
 - f. Que es ciudadano estadounidense en otro país con una visa de trabajo o de estudiante, o que es misionero; o
 - g. Que es miembro del servicio militar estadounidense destinado fuera de los EE. UU. y desea volver a los EE. UU. para recibir atención médica.
7. **Servicios médicamente necesarios** – Servicios hospitalarios y ambulatorios que un miembro del personal médico de COH considera necesarios desde el punto de vista médico.
 8. **Asistencia financiera presunta** – COH reconoce que una parte de la población de pacientes sin seguro o con seguro insuficiente puede no participar en el proceso tradicional de solicitud de asistencia financiera (*financial assistance*, FA). Si el paciente no proporciona la información requerida, COH puede utilizar una herramienta automática de puntaje predictivo para calificar a los pacientes para la asistencia financiera; la herramienta predice la probabilidad de que un paciente califique para la asistencia financiera en función de fuentes de datos disponibles públicamente. La herramienta proporcionará estimaciones de la posición socioeconómica probable del paciente, así como de los ingresos y la cantidad de integrantes en el hogar del paciente.
 9. **Saldo de pago por cuenta propia** – El saldo pendiente de una factura de COH que se considera responsabilidad personal de un paciente o garante después de los pagos o rechazos del seguro público o privado (si corresponde). El saldo de pago por cuenta propia del paciente puede reducirse más en virtud de la Política de asistencia financiera. (“Garante” se refiere a la persona que asume la responsabilidad financiera por los servicios que recibe el paciente).
 10. **Servicios de atención estándar** – Tratamiento aceptado por los expertos médicos como tratamiento adecuado para un determinado tipo de enfermedad y ampliamente utilizado por los profesionales de atención médica. También llamada mejor práctica, atención médica estándar y terapia estándar. (Consulte el [Diccionario de términos relacionados con el cáncer de los NIH](#))
 11. **Residente de EE.UU.** – Persona que ha vivido en los Estados Unidos durante más de 6 meses en los últimos 12 meses.

Apéndice A: Pautas del FPL para la asistencia financiera de City of Hope

Las siguientes Pautas de elegibilidad para la asistencia financiera se basan en las Pautas federales de pobreza vigentes el **1 de enero de 2023**. Este programa describe los valores mínimos de los ingresos del hogar de acuerdo con el FPL.

PAUTAS DEL FPL 2023

Cantidad de personas en el hogar	100 % anual	600 % anual	600 % mensual
1	\$ 14,580.00	\$ 87,480.00	\$ 7,290.00
2	\$ 19,720.00	\$ 118,320.00	\$ 9,860.00
3	\$ 24,860.00	\$ 149,160.00	\$ 12,430.00
4	\$ 30,000.00	\$ 180,000.00	\$ 15,000.00
5	\$ 35,140.00	\$ 210,840.00	\$ 17,570.00
6	\$ 40,280.00	\$ 241,680.00	\$ 20,140.00
7	\$ 45,420.00	\$ 272,520.00	\$ 22,710.00
8	\$ 50,560.00	\$ 303,360.00	\$ 25,280.00
Cada persona adicional, sumar	\$ 5,140.00		

Fuente: [detailed-guidelines-2023.pdf \(hhs.gov\)](#)

Apéndice B: Política de asistencia financiera de City of Hope: metodología para identificar poblaciones con dominio limitado del idioma inglés

Para el año fiscal 2018, City of Hope (COH) evaluó las poblaciones con dominio limitado del idioma inglés (*limited English proficiency*, LEP) entre los pacientes atendidos utilizando datos del paciente EPIC que identifican la lengua materna hablada. Las poblaciones LEP identificadas que representan más de 1,000 visitas únicas o al menos 5 % del total de pacientes de COH atendidos* fueron:

1. Español: 1,720 o 8.82 % de personas LEP.
2. Mandarín: 629 o 2,72 % de personas LEP.

Idioma	Cantidad única de pacientes	% de pacientes	Cantidad de visitas clínicas*	% de visitas clínicas
Inglés	21,181	85,38 %	101,978	83,07 %
Español	1,720	6,93 %	10,832	8,82 %
Chino mandarín	629	2,54 %	3,345	2,72 %
Armenio	264	1,06 %	1,269	1,03 %
Chino cantonés	224	0,90 %	1,323	1,08 %
Coreano	182	0,73 %	1,200	0,98 %

La política de asistencia financiera, la solicitud de asistencia financiera y el resumen en lenguaje simple de la política de asistencia financiera se tradujeron a los siguientes idiomas:

1. Español
2. Chino tradicional

* Tenga en cuenta que COH es un hospital especializado que no atiende a ninguna comunidad geográfica en particular. Como resultado, COH ha evaluado la población LEP conforme a los pacientes actuales que atiende COH en lugar de la población de la comunidad aledaña.

Apéndice C: Política de asistencia financiera de City of Hope: lista de proveedores

- Médicos de City of Hope Medical Group (cuando los servicios se brindan en COH*)

* Para obtener más información, consulte la *Política de asistencia financiera*. Si tiene preguntas, comuníquese con los Servicios de Autorización Financiera al (844) 936-4673.