

HealthBridge - Orange

POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA

1 de enero de 2025

POLÍTICA/PRINCIPIOS

Es política de VSC HBO, LLC (dba HealthBridge Orange, un centro especializado en pediatría que atiende únicamente a pacientes de 0 a 21 años de edad y en adelante el "Centro")) garantizar una práctica socialmente justa para la prestación de la atención médicamente necesaria en el Centro. Esta política está diseñada específicamente para abordar la elegibilidad de ayuda financiera para los pacientes que necesitan ayuda financiera y reciben atención del Centro.

1. Toda ayuda financiera reflejará nuestro compromiso y reverencia por la dignidad humana individual y el bien común, nuestra especial preocupación y solidaridad con las personas que viven en la pobreza y otras personas vulnerables, y nuestro compromiso con la justicia distributiva y la corresponsabilidad.
2. Esta política se aplica a la atención médicamente necesaria prestada por el Centro. Esta política no se aplica a los gastos por atención que no sea de urgencia y otros cuidados médicamente necesarios.
3. La Lista de proveedores cubiertos por la política de ayuda financiera proporciona una lista de todos los proveedores que prestan sus servicios en el centro, en la que se especifica cuáles están cubiertos por la política de ayuda financiera y cuáles no.

DEFINICIONES

A efectos de esta Política, se aplican las siguientes definiciones:

- **"501(r)"** significa la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas y los reglamentos promulgados en virtud de la misma.
- **"Importe generalmente facturado" o "AGB"** significa, con respecto a la atención médicamente necesaria, el importe generalmente facturado a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención.
- La **"Comunidad"** de HealthBridge Orange está formada por el condado de Orange, California.
- **"Atención médicamente necesaria"** se refiere a la atención que es (1) adecuada y coherente con el tratamiento de la enfermedad del Paciente y esencial para el mismo; (2) el suministro o nivel de servicio más adecuado para la enfermedad del Paciente que se puede proporcionar de forma segura; (3) no se proporciona principalmente para la comodidad del Paciente, la familia del Paciente, el médico o el cuidador; y (4) es más probable que resulte en un beneficio para el Paciente que en un daño. Para que la atención programada en el futuro sea "atención médicamente necesaria", la atención y el momento de la atención deben ser aprobados por el Director Médico del Centro (o la persona designada). La determinación de la atención médicamente necesaria debe ser realizada por un proveedor autorizado que esté proporcionando atención médica al Paciente y, a discreción del Centro, por el médico que admite al Paciente, el médico que lo remite y/o el Director Médico u otro médico revisor (dependiendo del tipo de atención

que se recomiende). En caso de que la atención solicitada por un Paciente cubierto por esta póliza sea determinada como no médicamente necesaria por un médico revisor, dicha determinación también deberá confirmada por el médico que admite o remite al Paciente.

- **"Centro"** significa VSC HBO, LLC, dba HealthBridge Orange, en Tustin, California.
- **"Paciente"** se refiere a aquellas personas pediátricas de 0 a 21 años que reciben atención médicamente necesaria en el Centro y a la persona responsable económicamente de la atención del paciente.

Ayuda financiera proporcionada

La ayuda financiera descrita en este apartado se limita a los Pacientes que viven en el Centro:

1. Sujeto a las demás disposiciones de esta Política de Asistencia Financiera, los Pacientes con ingresos menores o iguales al 250% del Nivel Federal de Pobreza ("FPL", por sus siglas en inglés), serán elegibles para recibir el 100% de atención caritativa sobre la porción de los cargos por servicios por los cuales el Paciente es responsable después del pago por parte de una aseguradora, si los hubiera, si se determina que dicho Paciente es elegible de conformidad con el puntaje presuntivo (descrito en el Párrafo 5 a continuación) o presenta una solicitud de ayuda financiera (una "Solicitud") en o antes del día 240 después de la primera factura de alta del Paciente y la Solicitud es aprobada por el Centro. El Paciente será elegible hasta para el 100% de ayuda financiera si presenta la Solicitud después de los 240 días posteriores a la primera factura de alta del Paciente, pero entonces la cantidad de ayuda financiera disponible para el Paciente en esta categoría estará limitada al saldo impagado del Paciente después de tener en cuenta cualquier pago realizado en la cuenta del Paciente. A los pacientes elegibles para esta categoría de ayuda financiera no se les cobrará más de lo calculado por AGB.
2. Sujeto a las demás disposiciones de esta Política de Ayuda Financiera, los Pacientes con ingresos superiores al 250% del FPL pero que no superen el 400% del FPL, recibirán un descuento determinado por una escala en la parte de los cargos por los servicios prestados de los que el Paciente es responsable después del pago por parte de una aseguradora, si lo hubiera, si dicho Paciente presenta una Solicitud en o antes del día 240 después de la primera factura de alta del Paciente y la Solicitud es aprobada por el Centro. El Paciente será elegible para la ayuda financiera de descuento por escala si el Paciente presenta la Solicitud después del día 240 después de la primera factura de alta del Paciente, pero entonces la cantidad de asistencia financiera disponible para un Paciente en esta categoría se limita al saldo impagado del Paciente después de tener en cuenta cualquier pago realizado en la cuenta del Paciente. A los pacientes elegibles para esta categoría de ayuda financiera no se les cobrará más de lo calculado por AGB. La escala de descuentos es la siguiente

Descuento por asistencia caritativa - Escala móvil									
Tamaño de la Familia	Nivel federal de pobreza	250%	251% ■ 275%	276% ■ 300%	301% ■ 350%	351% ■ 375%	375% - 400%	>400%	Descuento para no asegurados
1	\$12,880	\$32,200	\$32,201 - \$35,420	\$35,421 - \$38,640	\$38,641 - \$45,080	\$45,081 - \$48,300	\$48,301 - \$51,520	El paciente podría ser elegible para Descuento No Asegurado o descuentos adicionales basados en Comprobación de recursos	Pacientes no asegurados
2	\$17,420	\$43,550	\$43,551 - \$47,905	\$47,906 - \$52,260	\$52,261 - \$60,970	\$60,971 - \$65,325	\$65,326 - \$69,680		
3	\$21,960	\$54,900	\$54,901 - \$60,390	\$60,391 - \$65,880	\$65,881 - \$75,250	\$75,251 - \$82,350	\$82,351 - \$87,840		
4	\$26,500	\$66,250	\$66,251 - \$72,875	\$72,876 - \$79,500	\$79,501 - \$92,750	\$92,751 - \$99,375	\$99,376 - \$106,000		
5	\$31,040	\$77,600	\$77,601 - \$85,360	\$85,361 - \$93,120	\$93,121 - \$108,640	\$108,641 - \$116,400	\$116,401 - \$124,160		
6	\$35,580	\$88,950	\$88,951 - \$97,845	\$97,846 - \$106,740	\$106,741 - \$124,530	\$124,531 - \$133,425	\$133,426 - \$142,320		
7	\$40,120	\$100,300	\$100,301 - \$110,330	\$110,331 - \$120,360	\$120,361 - \$140,420	\$140,421 - \$150,450	\$150,451 - \$160,480		
8	\$44,660	\$111,650	\$111,651 - \$122,815	\$122,816 - \$133,980	\$133,981 - \$156,310	\$156,311 - \$167,475	\$167,476 - \$178,640		
Descuento por asistencia de		100%	95%	85%	75%	65%	55%	Varía	47%

Información del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. a 13 de enero de 2021
Fuente: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

3. Sujeto a las demás disposiciones de esta Política de Ayuda Financiera, un Paciente con ingresos superiores al 400% del FPL puede ser elegible para recibir ayuda financiera en virtud de una "Comprobación de Recursos" para algún descuento de los cargos del Paciente por los servicios del Centro en función de la deuda médica total del Paciente. Un Paciente será elegible para recibir asistencia financiera de conformidad con la Comprobación de Recursos si el Paciente tiene una deuda médica total excesiva, que incluye la deuda médica con el Centro y cualquier otro proveedor de atención médica, por atención médicamente necesaria, que sea igual o mayor a los ingresos brutos del hogar de dicho Paciente. El nivel de ayuda financiera proporcionada de acuerdo con la Comprobación de Recursos es el mismo que se concede a un paciente con ingresos del 400% del FPL según el Párrafo 2 anterior, si dicho Paciente presenta una Solicitud en o antes del día 240 después de la primera factura de alta del Paciente y la Solicitud es aprobada por el Centro. El Paciente será elegible para la asistencia financiera de descuento por comprobación de recursos si dicho Paciente presenta la Solicitud después del día 240 posterior a la primera factura de alta del Paciente, pero entonces la cantidad de asistencia financiera disponible para un Paciente en esta categoría se limita al saldo impago del Paciente después de tener en cuenta cualquier pago realizado en la cuenta del Paciente. A los pacientes elegibles para esta categoría de ayuda financiera no se les cobrará más de lo calculado por AGB.
4. Un Paciente puede no ser elegible para la asistencia financiera descrita en los Párrafos 1 a 3 anteriores si se considera que dicho Paciente tiene activos suficientes para pagar de conformidad con una "Comprobación de Activos". La Comprobación de Activos involucra una evaluación sustantiva de la capacidad de pago de un Paciente basada en las categorías de activos medidos en la Solicitud FAP. Un Paciente con activos que superen el 250% del FPL de dicho Paciente no podrá optar a la ayuda financiera.
5. La elegibilidad para la ayuda financiera puede determinarse en cualquier punto del ciclo de ingresos y puede incluir el uso de puntuación presuntiva para un Paciente con un saldo impagado suficiente dentro de los primeros 240 días después de la primera factura de alta del Paciente para determinar la elegibilidad para el 100% de la atención caritativa a pesar de que el Paciente no haya completado una solicitud de asistencia financiera ("Solicitud FAP"). Si al Paciente se le concede el 100% de atención caritativa sin presentar una Solicitud FAP completa y sólo mediante puntuación presuntiva, la cantidad de asistencia financiera para la que el Paciente es elegible se limita al saldo impagado del Paciente después de tener en cuenta cualquier pago realizado en la cuenta del Paciente. Una determinación de admisibilidad basada en una puntuación presuntiva sólo se aplica al episodio de atención para el que se realiza la puntuación presuntiva.
6. En el caso de un Paciente que participe en determinados planes de seguro que consideren que el Centro está "fuera de la red", el Centro podrá reducir o denegar la ayuda financiera que de otro modo estaría disponible para el Paciente basándose en una revisión de la información del seguro del Paciente y otros hechos y circunstancias pertinentes.
7. El Paciente puede apelar cualquier negativa de elegibilidad para la Ayuda Financiera proporcionando información adicional al Centro dentro de los catorce (14) días naturales siguientes a la recepción de la notificación de denegación. Todas las apelaciones serán revisadas por el Centro para una determinación final. Si la decisión final confirma la negación previa de asistencia financiera, se enviará una notificación por escrito al paciente. El proceso

para que los pacientes y sus familias apelen las decisiones del Centro relativas a la elegibilidad para recibir ayuda financiera es el siguiente:

- a. Al recibir la denegación de la atención de beneficencia, el Paciente también recibirá un formulario de apelación en caso de que el Paciente decida solicitar una reconsideración. La apelación se presentará ante el Comité de Apelaciones de Atención Caritativa durante un proceso de revisión mensual, y el Paciente recibirá una determinación de apelación basada en la decisión de la revisión del Comité.
- b. Todas las apelaciones serán consideradas por el comité de apelaciones de asistencia financiera del Centro, y las decisiones del comité serán enviadas por escrito al Paciente o a la familia que presentó la apelación.

Otras ayudas para pacientes que no elegibles para la ayuda financiera

Los pacientes que no sean elegibles para recibir asistencia financiera, tal y como se ha descrito anteriormente, pueden aún calificar para otros tipos de ayuda ofrecidos por el Centro. En aras de la exhaustividad, se enumeran aquí estos otros tipos de ayuda, aunque no se basan en las necesidades y no se pretende que estén sujetos al 501(r), sino que se incluyen aquí para beneficio de la comunidad a la que sirve el Centro.

1. Los pacientes no asegurados que no sean elegibles para recibir ayuda financiera recibirán un descuento basado en el descuento proporcionado al pagador que más pague por ese centro. El mayor pagador debe representar al menos el 3% de la población del centro, medido por el volumen o los ingresos brutos de los pacientes. Si un único pagador no representa este nivel mínimo de volumen, se debe promediar más de un contrato de pagador de forma que las condiciones de pago que se utilicen para promediar representen al menos el 3% del volumen de negocio del Centro para ese año específico.
2. Los pacientes no asegurados y asegurados que no sean elegibles para recibir ayuda financiera pueden recibir un descuento por pronto pago. El descuento por pronto pago puede ofrecerse además del descuento por no estar asegurado descrito en el párrafo inmediatamente anterior.

Limitaciones a los Cargos para los Pacientes Elegibles para Ayuda Financiera

A los pacientes elegibles para asistencia financiera no se les cobrará individualmente más que el AGB por la atención médicamente necesaria y no más que los cargos brutos por el resto de la atención médica. El centro calcula uno o varios porcentajes de AGB utilizando el método "look-back" e incluyendo el pago por servicio de Medicare y todas las aseguradoras de salud privadas que pagan reclamaciones al centro, todo ello de conformidad con el 501(r). Puede obtenerse una copia gratuita de la descripción y los porcentajes de cálculo de la AGB enviando una solicitud por escrito a la siguiente dirección:

HealthBridge - Orange

Dirigido a: Financial Counseling/AGB – Main Registration

17581 Irvine Blvd, Suite 202

Tustin, CA 92780

Aplicar para Ayuda financiera y otras ayudas

Un Paciente puede calificar para ayuda financiera a través de puntuación de elegibilidad presuntiva o solicitando la ayuda económica mediante la presentación de una Solicitud completa FAP. La solicitud FAP y las instrucciones para la solicitud FAP están disponibles en la página web del Centro. El Centro requerirá a las personas no aseguradas que trabajen con un asesor financiero para solicitar Medicaid u otros programas de asistencia pública para los que se considere que el paciente es potencialmente elegible con el fin de calificar para recibir ayuda financiera (excepto cuando sea elegible y aprobado mediante puntuación presuntiva). A un Paciente se le puede negar la ayuda financiera si el Paciente proporciona información falsa en una Solicitud de FAP o en relación con el proceso de elegibilidad de puntuación presuntiva, si el paciente se niega a asignar los ingresos del seguro o el derecho a ser pagado directamente por una compañía de seguros que pueda estar obligada a pagar por la atención prestada, o si el paciente se niega a trabajar con un asesor financiero para solicitar Medicaid u otros programas de asistencia pública para los que se considera que el paciente es potencialmente elegible con el fin de calificar para la ayuda financiera (excepto cuando sea elegible y aprobado a través de puntuación presuntiva). El centro puede considerar una solicitud FAP completada menos de seis meses antes de cualquier fecha de determinación de elegibilidad a la hora de tomar una decisión sobre la elegibilidad para un episodio de atención actual. El centro no considerará ninguna solicitud FAP completada más de seis meses antes de cualquier fecha de determinación de elegibilidad.

Facturación y Cobros

Las medidas que el Centro puede adoptar en caso de falta de pago se describen en una política de facturación y cobros aparte. Se puede obtener una copia gratuita de la política de facturación y cobros en el sitio web del Centro o enviando una solicitud a:

HealthBridge - Orange

Dirigido a: Financial Counseling/AGB – Main Registration

17581 Irvine Blvd, Suite 202

Tustin, CA 92780

Interpretación

Esta política, junto con todos los procedimientos aplicables, pretende cumplir y deberá interpretarse y aplicarse de acuerdo con el artículo 501(r), excepto cuando se indique específicamente.