



ASUNTO: Ayuda financiera		
Los siguientes afiliados de MemorialCare han adoptado esto: <input checked="" type="checkbox"/> Política y procedimiento o <input type="checkbox"/> Política (solo) o <input type="checkbox"/> Procedimiento (solo)	<input type="checkbox"/> MemorialCare Shared Services <input checked="" type="checkbox"/> Long Beach Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Miller Children’s & Women’s Hospital Long Beach <input checked="" type="checkbox"/> Orange Coast Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Saddleback Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> MemorialCare Medical Foundation <input type="checkbox"/> Seaside Health Plan <input type="checkbox"/> Memorial Medical Center Foundation <input type="checkbox"/> Saddleback Memorial Foundation	REFERENCIA: FP-236
		PÁGINA: 1 DE: 10
		EN VIGENCIA DESDE: 06/28/2023
MANUAL:	MC/Financiamiento-Compra	
PROPIETARIO:	Departamento de Finanzas (Finance Department)	

I. POLÍTICA

- A. El propósito de esta política es establecer el proceso para dar ayuda financiera para los servicios que ofrecen los hospitales de MemorialCare Health System (MHS) a los pacientes que no tengan los medios para pagar la totalidad de los cargos facturados por la atención que reciban. Esta política se aplica a cada hospital que opera MHS (un hospital de MHS).
- B. MHS ofrece ayuda financiera a pacientes de bajos ingresos que califiquen y que no puedan pagar para obtener servicios que ofrece un hospital de MHS, en la medida en que los servicios hospitalarios que se ofrecen no estén cubiertos o no se reembolsen a través de algún programa gubernamental estatal o federal como Medicare, Medicaid, Medi-Cal, Managed Medi-Cal u otros programas de asistencia para personas de bajos ingresos patrocinados por el gobierno o cualquier otro pagador de terceros.
- C. Independientemente de la capacidad de pago o de la elegibilidad de un paciente según esta política, los hospitales de MHS darán atención médica de emergencia a todas las personas, en la medida en que el hospital de MHS esté razonablemente capacitado para hacerlo.
- D. La ayuda financiera puede aplicarse a los pacientes que no tienen seguro y la responsabilidad de los pacientes con seguro, incluyendo los cargos que se determina que no están asegurados para la estancia en el hospital, coseguro, copago, cantidades de deducible y otras responsabilidades de servicios hospitalarios necesarios.
- E. La elegibilidad para esta forma de beneficencia se determina según los ingresos del paciente en relación con los requisitos de FPL, según lo que determina la Sección A - Elegibilidad.

II. DEFINICIONES

- A. **Herramienta automática de puntaje predictivo (Automatic Predictive Scoring Tool, APST):** puntaje de clasificación de asistencia de pago electrónico que calcula el porcentaje del Nivel de pobreza federal (Federal Poverty Level, FPL) del paciente y ayuda a evaluar y determinar los criterios de elegibilidad.
- B. **Nivel de pobreza federal (FPL):** las directrices de pobreza que el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department Of Health and Human Services) de Estados Unidos actualiza periódicamente en el Registro Federal, bajo la autoridad de la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de Estados Unidos.
- C. **Programa de ayuda financiera:** el programa de ayuda financiera del hospital de MHS que se ofrece a los pacientes que no pueden pagar su atención por cualquier servicio que ofrezca un hospital de MHS.
- D. **Ayuda financiera completa:** atención gratis donde no se espera que el paciente pague nada.
- E. **Altos costos médicos:** 1. gastos médicos anuales de bolsillo que superen el 10 % de los ingresos familiares actuales del paciente o de los ingresos familiares en los 12 meses anteriores, el que sea menor de los dos; o 2. gastos médicos anuales de bolsillo que superen el 10 % de los ingresos familiares del paciente, si este entrega documentación de los gastos médicos del paciente pagados por él o por su familia en los 12 meses anteriores.
- F. **Grupo familiar o familia del paciente:** 1. para las personas mayores de 18 años, el cónyuge, pareja doméstica e hijos dependientes menores de 21 años, vivan en casa o no. 2. para las personas menores de 18 años, los padres, parientes cuidadores y otros hijos menores de 21 años de los padres o parientes cuidadores.
- G. **Ingreso del grupo familiar o el ingreso familiar del paciente:** los salarios y beneficios adicionales en forma de dinero, propiedad o servicios. Por lo general, los ingresos brutos incluyen todo lo que se recibe como pago por servicios personales, como salarios imponibles federales, ingresos de empleado independiente, ingresos del Seguro Social, ingresos por jubilación o pensión, ingresos por inversiones, ingresos por alquileres y regalías.
- H. **Paciente asegurado:** paciente que tiene un pagador de terceros para todos o una parte de sus gastos médicos.
- I. **Ayuda financiera parcial o Ayuda financiera por bajos ingresos (Low-Income Financial Assistance, LIFA):** el paciente no califica para recibir ayuda financiera completa (atención gratis), pero es elegible para un descuento y se espera que pague solo una parte de la factura.
- J. **Paciente:** la parte que es financieramente responsable de los servicios prestados.
- K. **Elegibilidad presunta para recibir ayuda financiera completa:** el saldo actual del paciente es elegible para recibir ayuda financiera completa para los servicios actuales en función de la información que MHS obtuvo o evaluó sin recurrir al paciente para ofrecer toda la información que se requiere en el proceso de solicitud habitual. La determinación puede incluir basarse en una determinación previa de MHS, en información dada por otro cuidador del paciente, o en una evaluación general de la información disponible para MHS.
- L. **Seguridad de ingreso suplementario (Supplemental Security Income, SSI):** conjunto de beneficios que se pagan mensualmente a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años.
- M. **Incapacidad de facturar:** el paciente recibió servicios, pero MHS no puede facturar al paciente por falta o inexactitud de información, falta de contrato, etc.
- N. **Paciente sin seguro o de pago propio:** paciente que no cuenta con un pagador de terceros para ninguna parte de sus gastos médicos, incluyendo un paciente cuyos

beneficios en virtud de todas las posibles fuentes de pago se han agotado.

III. PROCEDIMIENTO

- A. Elegibilidad – Los pacientes son responsables de hacer todo lo posible para ofrecer suficiente información que sea razonable y necesaria para que MHS tome una decisión sobre la ayuda financiera completa o parcial.
1. **Elegibilidad presunta para recibir ayuda financiera completa:** MHS reconoce que es posible que una parte de la población de pacientes asegurados y no asegurados no esté bien preparada para participar en el proceso tradicional de solicitud de ayuda financiera. En ciertos casos, cuando el paciente no da la información requerida, MHS puede hacer suposiciones razonables basadas en la Herramienta automática de puntaje predictivo (Automated Predictive Scoring Tool, APST) para calificar a los pacientes para recibir ayuda financiera completa. MHS asignará el saldo actual de un paciente a la elegibilidad presunta sin una solicitud al Programa de ayuda financiera si MHS puede determinar de manera razonable que (i) el ingreso del grupo familiar aproximado del paciente es menor o igual al 250 % de las directrices de FPL actuales o (ii) aplica una de las siguientes situaciones:
 - a) El paciente es elegible para otro programa calificado de atención de indigentes, como Medi-Cal, Managed Medi-Cal, Medicaid u otro programa de ayuda para personas de bajos ingresos patrocinado por el gobierno. Los servicios no cubiertos y denegados prestados a beneficiarios elegibles para Medicaid se consideran una forma de atención de beneficencia. Los beneficiarios de Medicaid no son responsables de ninguna forma de responsabilidad financiera del paciente y todos los cargos relacionados con servicios no cubiertos, incluidas todas las denegaciones, son atención de beneficencia. Los ejemplos pueden incluir, entre otros:
 - (1) Servicios de hospitalización denegados
 - (2) Servicios ambulatorios denegados, incluidos los servicios de la sala de emergencias.
 - (3) Servicios no cubiertos
 - (4) Autorizaciones de tratamiento denegadas
 - (5) Cargos relacionados con días que exceden el límite de duración de la estancia
 - b) Denegaciones debido a restricciones de cobertura, incluidos los códigos de ayuda restringida de Medi-Cal (es decir, pacientes que solo pueden tener beneficios por embarazo o emergencia, pero reciben otro tipo de atención hospitalaria)
 - c) Cuentas pendientes de Medicaid
 - d) Reclamaciones de Medicaid de otro estado con “no pago” (es decir, reclamaciones de Medicaid de otro estado que no se puede facturar debido a la falta de un acuerdo de proveedor con el estado correspondiente)
 - e) El paciente está discapacitado y tiene un caso del SSI referido al examinador de discapacidad
 - f) El paciente ha fallecido y no hay sucesión identificable o la sucesión

- muestra insolvencia
- g) El paciente no tiene vivienda o se indica que no tiene vivienda
 - h) El paciente fue declarado en quiebra por una corte federal de quiebras en el último año o se lo declara en quiebra en cualquier momento durante el proceso de cobro.
 - i) No puede facturar por los servicios prestados por un hospital del MHS

2. Ayuda financiera completa:

- a) Los pacientes elegibles pueden calificar para recibir ayuda financiera completa si se cumplen ambos de los siguientes requisitos, además de todos los otros requisitos de calificación para el Programa de ayuda financiera:
 - (1) los ingresos del grupo familiar del paciente son iguales o están por debajo del 250 % de las directrices de FPL actuales; y
 - (2) los activos monetarios del paciente no son suficientes para pagar los servicios que se prestaron. Los activos monetarios incluyen activos que fácilmente se pueden convertir en efectivo como las cuentas del banco y acciones de cotización oficial. Los activos monetarios no incluyen lo siguiente:
 - (a) Residencia principal y otros activos tangibles
 - (b) Los primeros \$10,000 de los activos monetarios, y el 50 % de los activos monetarios después de los primeros \$10,000
 - (c) Todos los fondos de jubilación y compensación diferida
- b) La documentación de los ingresos del grupo familiar del paciente se limitará a las declaraciones del impuesto sobre la renta o los recibos de pago recientes. La evaluación de los activos monetarios del paciente tendrá en cuenta el valor del activo y las cantidades adeudadas frente al activo para determinar si el patrimonio neto potencial está disponible para satisfacer la obligación de pago del paciente. Es posible que se solicite autorización del paciente para conseguir información de la cuenta de parte de instituciones financieras o comerciales, u otras entidades que posean activos monetarios, para verificar su valor.
- c) Cualquier paciente que se niegue a revelar sus activos monetarios, excepto en casos de elegibilidad presunta para la Ayuda Financiera Completa, perderá automáticamente la elegibilidad para la Ayuda Financiera Completa, pero aun así podrá calificar para la Ayuda Financiera Parcial.

3. Ayuda financiera parcial:

- a) Los pacientes elegibles calificarán para la LIFA si se cumplen los siguientes requisitos, además de todos los otros requisitos de calificación para el Programa de ayuda financiera:
 - (1) los ingresos del grupo familiar del paciente son iguales o están por debajo del 400 % de las directrices de FPL actuales; y
 - (2) el paciente no califica para recibir Ayuda financiera completa.
- b) La documentación de los ingresos del grupo familiar del paciente se limitará a las declaraciones del impuesto sobre la renta o los recibos de pago recientes. No se considerarán los activos monetarios.
- c) En todos los casos en que un paciente califica para LIFA en lugar de la ayuda financiera completa, no se le cobrarán más que las "cantidades

que se facturan generalmente” por MHS para la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria. Las “cantidades que se facturan generalmente” se calculan de esta forma:

- (1) Si los servicios no están cubiertos por un pagador de terceros, la obligación de pago del paciente que califica para LIFA será del 100 % del pago total esperado (incluyendo las cantidades del deducible y copago) que el programa Medicare tendría que pagar por el servicio si el paciente fuera un beneficiario de Medicare, o del 20 % de los cargos facturados si el servicio que se presta no está cubierto de conformidad con el programa Medicare. La obligación de pago no excederá el 100 % de los cargos totales.
- (2) Si los servicios están cubiertos por un pagador de terceros, y el paciente que califica para LIFA es responsable solamente de una parte de los cargos facturados, la obligación de pago del paciente será la diferencia entre:
 - (a) el 100 % del pago total esperado (incluyendo las cantidades del deducible y copago) que el programa Medicare tendría que pagar por el servicio si el paciente fuera un beneficiario de Medicare, y el pago de los servicios del pagador de terceros.
 - (b) Si el pago de servicios del pagador de terceros es mayor que el pago esperado de Medicare, no se aplicará un reembolso.

B. Calificación para recibir ayuda financiera/otras circunstancias elegibles

1. La calificación para participar en el Programa de ayuda financiera se determina después de que el paciente establece la elegibilidad o necesidad financiera según los criterios incluidos en la política.
 - a) Los pacientes con solicitudes pendientes para participar en un programa de cobertura médica patrocinado por el gobierno también son elegibles para presentar una solicitud para participar en el Programa de ayuda financiera.
 - b) La elegibilidad para recibir ayuda financiera se determinará únicamente por la capacidad de pago del paciente, según se determina en cumplimiento de esta Política, y no se basará de ninguna manera en su edad, sexo, orientación sexual, origen étnico, país de origen, estado de veterano, discapacidad o religión.
 - c) Cuando se evalúan todos los factores relacionados con la situación clínica, personal y demográfica de un paciente, y la documentación alternativa (incluyendo la información que pueden ofrecer otras organizaciones caritativas), la falta de información suficiente para la solicitud o la falta de información financiera del paciente para MHS no excluye la elegibilidad para recibir ayuda financiera.
 - d) MHS puede determinar que un paciente es elegible para ayuda financiera completa o parcial si hace suposiciones razonables sobre los ingresos del grupo familiar del paciente
2. La ayuda financiera se puede negar cuando el paciente u otra persona económicamente responsable no cumpla los requisitos del Programa de ayuda financiera.
3. En caso de una disputa relacionada con la elegibilidad o calificación para recibir ayuda financiera, un paciente puede presentar una solicitud por escrito para la

reconsideración ante el vicepresidente del Departamento de Servicios Financieros para Pacientes (Patient Financial Services, PFS) de MHS.

- C. Presentación de solicitud para recibir ayuda financiera
1. Los pacientes pueden presentar una solicitud para recibir ayuda financiera de parte de un hospital de MHS, presentando una solicitud completa para participar en el Programa de ayuda financiera.
 - a) El formulario de solicitud para el Programa de ayuda financiera se puede presentar antes de recibir el servicio, durante una estancia del paciente, o después de que se hayan completado los servicios y que se le haya dado el alta al paciente.
 - b) En general, no se aceptará una solicitud para el Programa de ayuda financiera si se presenta más de 240 días después de la facturación inicial posterior al alta, con excepción de lo establecido por 26 C.F.R § 1.501(r) 6(c).
 - c) Cada hospital de MHS brindará ayuda para completar una solicitud para participar en el Programa de ayuda financiera cuando sea necesario, y también ofrecerá orientación o asistencia directa a los pacientes, según sea necesario para facilitar que se completen las solicitudes para participar en los programas gubernamentales por ingresos bajos cuando el paciente pudiera ser elegible.
 - d) En el caso de pacientes que han presentado una solicitud incompleta, el hospital de MHS:
 - (1) Avisará al paciente por escrito que su solicitud del Programa de asistencia financiera está incompleta, incluyendo la lista de artículos e información pendiente.
 - (2) Ofrecerá ayuda para completar la solicitud, y
 - (3) Después de entregar la ayuda, dará al paciente treinta (30) días para completar y reenviar la solicitud con la información adicional y los artículos necesarios y reenviarla.
 2. Como parte de la solicitud para participar en el Programa de ayuda financiera, el paciente debe dar lo que se indica abajo:
 - a) presentación de toda la información solicitada y la documentación necesaria para determinar si el paciente recibe ingresos del grupo familiar (incluso una declaración certificada de impuestos sobre la renta y los recibos de pago) o activos monetarios suficientes para pagar los servicios; y
 - b) autorización para obtener un informe de crédito del paciente o de la parte responsable.
 3. A los pacientes que presenten una solicitud para recibir ayuda financiera se les enviará por correo un aviso por escrito indicando si se aprueba o deniega la ayuda financiera, dentro de los siguientes 10 días hábiles a partir de la fecha en que el hospital de MHS reciba una solicitud completa con la documentación necesaria.
 4. El hospital de MHS confía en que la información que el paciente presente esté completa y sea exacta. La entrega de ayuda financiera no elimina el derecho a facturar, ya sea de manera retrospectiva o en el momento de recibir el servicio, por todos los servicios cuando se ha dado información fraudulenta, inexacta o incompleta. Además, el hospital de MHS se reserva el derecho a iniciar todas las acciones legales, incluyendo, pero sin limitarse a, daños civiles y penales de las

personas que han entregado información falsa, inexacta o incompleta con el fin de calificar para el Programa de ayuda financiera.

5. Se reconoce que la necesidad de recibir ayuda financiera es un asunto sumamente personal y delicado para los beneficiarios. El personal del hospital de MHS mantendrá la confidencialidad de todas las solicitudes, de la información y del financiamiento para los pacientes que busquen o reciban ayuda financiera.
 6. Una vez que se determine la calificación para participar en el Programa de ayuda financiera, dicha determinación permanecerá vigente durante un período de 6 meses. Después de 6 meses, el paciente deberá presentar nuevamente una solicitud para ser considerado de conformidad con el Programa de ayuda financiera, y el hospital de MHS determinará si el paciente continúa calificando para recibir ayuda financiera, en el momento que el paciente presente la información que se requiera razonablemente. Los descuentos según el Programa de ayuda financiera aplicarán solamente para los servicios hospitalarios para los que se solicitó y aprobó la ayuda financiera, y para otros servicios hospitalarios que se prestaron en un plazo de 6 meses después de dicha aprobación, a menos que el hospital de MHS lo determine de otra manera a su propio juicio.
- D. Prácticas de facturación y cobro
1. Si un paciente califica para obtener pagos con descuento de conformidad con el programa de LIFA, el hospital de MHS negociará con el paciente para crear un plan de pago extendido, tomando en consideración los ingresos familiares del paciente y los gastos esenciales de subsistencia. Si el hospital de MHS y el paciente no se ponen de acuerdo con un plan de pago extendido, el hospital de MHS creará un plan de pagos razonable en el que los pagos mensuales no excedan el 10 % de los ingresos familiares del paciente en un mes, menos los gastos esenciales de subsistencia. Los “gastos esenciales de subsistencia” representan los gastos por algo de lo siguiente: alquiler o pago y mantenimiento de la casa, comidas y suministros para el grupo familiar, servicios públicos y teléfono, vestido, pagos médicos y de servicios dentales, seguro, escuela o cuidado infantil, manutención de menores o del cónyuge, gastos de automóvil o transporte, incluyendo seguro, combustible y reparaciones, pagos fraccionados, lavandería y limpieza, y otros gastos extraordinarios. Todos los planes de pagos extendidos serán sin intereses.
 2. Si un paciente que califica para recibir ayuda financiera de conformidad con esta política efectúa un pago en exceso a un hospital de MHS sobre la cantidad por el que se ha determinado que es responsable, al paciente se le reembolsará inmediatamente la cantidad del pago en exceso, incluyendo el interés acumulado a una tasa del 10 % al año comenzando en la fecha en que se recibió el pago en exceso. No se le obliga a reembolsar al paciente o a pagar intereses si la cantidad adeudada es menor de \$5.00 pero se le dará al paciente un crédito por la cantidad adeudada durante al menos 30 días a partir de la fecha en que la cantidad se adeude.
 3. En el caso que un paciente calificado para recibir ayuda financiera de conformidad con esta política no efectúe el pago completo del saldo pendiente por el cual el paciente es responsable, el hospital de MHS, a su único y exclusivo criterio, puede usar cualquiera o todos los medios apropiados para cobrar el saldo pendiente (ya sea directamente o a través de una agencia de cobro externa) mientras se cumpla el

Código Civil de California Sección 1788.145, y el Código de Salud y Seguridad de California 127400 y subsiguientes. Antes de comenzar cualquier actividad de cobro, el hospital de MHS o una agencia de cobro externa que procure cobrar la deuda en nombre del hospital de MHS le enviará al paciente un aviso por escrito que resuma los derechos del paciente según la Ley de Políticas de Precios Justos del Hospital (Hospital Fair Pricing Policies Law), la Ley Rosenthal de Prácticas Justas de Cobro de Deudas de California (California Rosenthal Fair Debt Collection Practices Act) y la Ley Federal de Prácticas Justas de Cobro de Deudas (Federal Fair Debt Collection Practices Act).

4. A los pacientes que se encuentren en proceso para calificar y recibir ayuda financiera gubernamental o para participar en el Programa de ayuda financiera del hospital de MHS no se les asignará para cobro antes de 120 días a partir de la fecha de la facturación inicial posterior al alta. Si un paciente intenta calificar para ser elegible según el Programa de ayuda financiera del hospital de MHS y está intentando de buena fe cancelar una factura pendiente con el hospital de MHS, negociando un plan de pago extendido o haciendo pagos parciales regulares por una cantidad razonable, el hospital de MHS no enviará la factura sin pagar a una agencia de cobro ni a otra persona asignada, a menos que la entidad haya aceptado cumplir las directrices establecidas en la Sección 127400 y subsiguientes del Código de Salud y Seguridad de California (California Health and Safety Code). A los pacientes con o sin cobertura, quienes a criterio exclusivo del hospital de MHS estén cooperando razonablemente para cancelar una factura pendiente del hospital haciendo pagos regulares y razonables, no se les enviará a una agencia de cobro externa, si hacer eso tuviera consecuencias negativas para el crédito del paciente. Los pacientes que informen que tienen una apelación pendiente por cobertura de servicios no serán remitidos a cobro, hasta que se haya tomado una determinación sobre esa apelación.
5. Cualquier plan de pago extendido puede ser declarado como no operativo después de 90 días consecutivos sin pago. Antes de declarar que un plan de pago extendido ya no esté vigente, el hospital de MHS hará un intento razonable por contactar al paciente por teléfono y para darle un aviso por escrito de que el plan de pago extendido podría volverse inoperante, y sobre la oportunidad de volver a negociar el plan de pago extendido. Para los fines de este párrafo, el aviso y la llamada telefónica al paciente se pueden hacer a la última dirección y último número de teléfono conocidos del paciente. Antes de que el plan de pago extendido se declare inoperante, el hospital de MHS intentará volver a negociar los términos del plan de pago extendido incumplido, si el paciente lo solicita. El hospital de MHS no reportará información desfavorable a una agencia de informes crediticios del consumidor, ni comenzará un proceso civil en contra del paciente o de la parte responsable debido al no pago, en cualquier momento dentro del plazo de 180 días después de la facturación inicial posterior al alta o antes de que se declare que el plan de pago extendido ya no es operante.
6. El hospital de MHS emprenderá las iniciativas razonables (como se describe con más detalle en la Sección 501(r)-6(a) de 26 C.F.R.) para determinar si una persona es elegible para recibir ayuda financiera antes de emprender alguna de las siguientes medidas de cobro (ya sea directa o indirectamente): reportar información desfavorable sobre el paciente a las agencias de informes crediticios del consumidor; comenzar un proceso civil en contra del paciente; colocar un embargo

sobre los bienes del paciente; hipotecar los bienes inmuebles del paciente; o exigir un pago antes de ofrecer atención que no es de emergencia debido a facturas pendientes de pago por la atención que se ofreció antes. En ningún caso, el hospital de MHS embargará el salario ni embargará las residencias principales como medidas de cobro. Los PFS actuarán como la máxima autoridad al determinar que el hospital de MHS ha emprendido las iniciativas razonables para determinar si un paciente califica para recibir ayuda financiera y, por lo tanto, puede ejecutar las medidas de cobro descritas arriba.

7. Descubrimiento de la elegibilidad de ayuda financiera del paciente durante los cobros - Aunque MemorialCare se esfuerza por determinar la ayuda financiera del paciente lo más cerca posible del momento del servicio, en algunos casos se requiere investigación adicional para determinar la elegibilidad. Algunos pacientes elegibles para ayuda financiera pueden no haber sido identificados antes de iniciar la acción de cobranza externa. Se informará a las agencias de cobranza de MemorialCare de esta posibilidad y se les pedirá que remitan las cuentas de los pacientes que puedan ser elegibles para la ayuda financiera. Cuando se descubra que una cuenta es elegible para ayuda financiera, MemorialCare revertirá la cuenta fuera de deudas incobrables y documentará el descuento respectivo en los cargos como atención de beneficencia.
- E. Proveedores de terceros Los médicos de emergencias que presten servicios médicos de emergencias en cualquier hospital de MHS están obligados por ley a ofrecer descuentos a pacientes con y sin cobertura cuyos ingresos familiares sean iguales o estén por debajo del 400 % del FPL. Los médicos que brindan atención en los hospitales de MHS son médicos independientes y no son empleados ni agentes de los hospitales de MHS. Los hospitales de MHS no ofrecen ayuda financiera para pacientes por los honorarios profesionales que médicos y otros proveedores de terceros cobren por sus servicios, incluso si esos servicios se prestaron en un hospital de MHS. Sin embargo, en la medida en que los proveedores médicos de terceros sean contratados para ofrecer servicios necesarios por razones médicas en un hospital de MHS, tales proveedores de terceros pueden quedar obligados por esta política. El Anexo A, el cual puede actualizarse cada cierto tiempo, muestra una lista de proveedores de terceros en cada hospital de MHS que están obligados a cumplir esta política. Esta política no aplicará a ningún otro proveedor de terceros.
- F. Exclusiones y limitaciones a los procedimientos electivos. MHS se reserva el derecho de negar ayuda financiera relacionada con pacientes de cirugías electivas programadas, no urgentes, que no sean médicamente necesarias, quirúrgicas o estéticas, o con pacientes internacionales de cirugías no urgentes, que no sean médicamente necesarias, en función de la necesidad de MHS de asignar con prudencia sus recursos financieros y clínicos, a menos que se apruebe lo contrario con antelación.
- G. Aviso por escrito de las políticas de pago de descuentos y atención de beneficencia del hospital de MHS. Cada hospital de MHS dará a todos sus pacientes un aviso por escrito de sus políticas de pago de descuentos hospitalarios y atención de beneficencia de conformidad con, entre otras cosas, los requisitos establecidos en la Sección 127410 del Código de Salud y Seguridad de California.
- H. Publicación de la política del hospital de MHS. Cada hospital de MHS publicará de manera clara y visible su política para pacientes que reúnen los requisitos financieros y pacientes que pagan por cuenta propia en lugares visibles para el público, incluyendo, entre otros, el

- departamento de emergencias, las oficinas de facturación y admisiones y otros lugares para pacientes ambulatorios, incluidas las unidades de observación.
- I. Obtención de una copia de la Política y el Anexo A. Esta Política y el Anexo A se exhiben de manera destacada en el sitio de Internet de cada hospital de MHS en www.memorialcare.org/guides-tools/financial-assistance. Un paciente también puede llamar o visitar el Departamento de admisión de cualquier hospital de MHS o comunicarse con un representante de los Servicios financieros para pacientes llamando al 877.323.0043 para solicitar una copia impresa sin ningún costo.

IV. ANEXO A

Esta es una lista de las categorías de proveedores de terceros cubiertos por esta política. Los tipos de proveedores que *no* aparecen en esta lista y que ofrecen atención de emergencia o médicamente necesaria no están cubiertos por esta Política, aunque pueden cumplirla a su exclusivo criterio.

Ubicaciones de MemorialCare	Proveedores de terceros cubiertos por la Política n.º 236
<p>Long Beach Medical Center 2801 Atlantic Avenue Long Beach, CA 90806</p>	<p>Anestesiólogos Patólogos Radiólogos Médicos de emergencias Médicos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (Neonatal Intensive Care Unit, NICU) Médicos de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (Pediatric Intensive Care Unit, PICU) Médicos de imágenes mamarias</p>
<p>Miller Children's & Women's Hospital Long Beach 2801 Atlantic Avenue Long Beach, CA 90806</p>	<p>Anestesiólogos Patólogos Radiólogos Médicos de emergencias Médicos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (Neonatal Intensive Care Unit, NICU) Médicos de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (Pediatric Intensive Care Unit, PICU)</p>
<p>Orange Coast Medical Center 18111 Brookhurst Street Fountain Valley, CA 92708</p>	<p>Anestesiólogos Radiólogos Patólogos Médicos de emergencias Médicos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (Neonatal Intensive Care Unit, NICU) Médicos de imágenes mamarias Médicos de cirugía cardíaca</p>
<p>Saddleback Medical Center 24451 Health Center Drive Laguna Hills, CA 92653</p>	<p>Patólogos Médicos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (Neonatal Intensive Care Unit, NICU) Médicos de emergencias Médicos de imágenes mamarias</p>