

TÍTULO: POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DE CARIDAD Y DESCUENTO EN LOS PAGOS DE LA RED DE SALUD DE SAN FRANCISCO	Departamento de Servicios Financieros para Pacientes
Tim Arnold, Subdirector de Contabilidad para Pacientes Jenine Smith, Gerente de Servicios Financieros para Pacientes Glenn Levy, Abogado Adjunto de la Ciudad	Fecha original: 14 de diciembre de 2006 Fechas de revisión: 8 de marzo de 2007, 12 de septiembre de 2007, 14 de diciembre de 2007, 22 junio de 2008, 1.º de junio de 2009, 15 de julio de 2009, 1.º abril de 2011, 1.º de abril de 2012, 1.º de abril de 2014, 1.º de enero de 2015, 15 de julio de 2016, 1.º de diciembre de 2017, 3 de agosto de 2019, 1.º de enero de 2023, 1.º de enero de 2024, 22 de mayo de 2024, 1.º de enero de 2025

I. PROPÓSITO

El objetivo de esta política es definir las pautas y la elegibilidad para recibir asistencia financiera de los Programas de Atención de Caridad (Charity Care) y Descuento en los Pagos (Discount Payment) de la Red de Salud de San Francisco (San Francisco Health Network, SFHN) consistente con las cláusulas de los Proyectos de Ley de la Asamblea (Assembly Bills, AB) AB774, AB1020, AB532 y AB2297 y el Proyecto de Ley del Senado (Senate Bill, SB) SB1276.

II. POLÍTICA

La política de la SFHN es cumplir con todas las regulaciones federales, estatales y locales para proporcionar asistencia financiera a través del Programa de Atención de Caridad a pacientes calificados que hayan sido considerados no elegibles para programas federales, estatales y del condado y tengan cuentas pendientes por servicios recibidos, y a través del Programa de Descuento en los Pagos a pacientes calificados que hayan sido evaluados para programas federales, estatales y del condado y tengan cuentas pendientes por servicios recibidos. Si alguna regulación, existente o futura, entra en conflicto con esta política, la regulación reemplazará esta política.

III. ALCANCE

Esta política cubre al Hospital General y Centro de Traumatología Zuckerberg de San Francisco (Zuckerberg San Francisco General, ZSFG), Clínicas de Especialidad Ambulatorias, Clínicas de Atención Primaria para la Comunidad (Community Primary Care, CPC), Hospital y Centro de Rehabilitación Laguna Honda (Laguna Honda Hospital, LLH), Servicios de Salud del Comportamiento (Behavioral Health Services, BHS) y la División de Salud de la Población (Population Health Division, PHD) del Departamento de Salud Pública de San Francisco (San Francisco Department of Public

Health, SFDPH). Esta política se aplica a los servicios que no califican para otros paquetes o programas, como el paquete de maternidad, servicios de aborto u otros programas de paquetes del hospital que se ofrezcan a los pacientes a una tarifa global con descuentos significativos por debajo de las tarifas del gobierno y que no están sujetas a descuentos adicionales. Se considerarán todas las cuentas en las que el paciente tenga deudas pendientes.

Esta política tampoco se aplica a tarifas de emergencia, hospitalización, radiología y honorarios del médico de la sala de procedimientos que son facturados y cubiertos en la política y procedimiento del Grupo de Práctica Clínica de la Universidad de California en San Francisco (University of California San Francisco, UCSF), Servicios Comerciales con nombre comercial Grupo Médico del Hospital General de San Francisco (San Francisco General Hospital, SFGH). A un médico de emergencia, como se define en la Sección 127450 del Código de Salud y Seguridad de California, que brinda servicios médicos de emergencia en un hospital que ofrece atención de emergencia también se le exige por ley que proporcione descuentos a pacientes sin seguro o a pacientes con costos médicos elevados que estén por debajo del 400 % del nivel de pobreza federal (Federal Poverty Limit, FPL).

IV. HISTORIA

- A. A partir del 1.º de enero de 2007, para los pacientes del ZSFG, y del 17 de septiembre de 2007, para los pacientes de la CPC, la SFHN puso a disposición los Programas de Atención de Caridad y de Descuento en los Pagos para brindar asistencia a los pacientes sin seguro o con un seguro insuficiente con ingresos limitados de hasta el 350 por ciento del FPL y que no son elegibles para el Programa de Escala Proporcional (Sliding Scale), los programas del gobierno u otros pagadores, incluida la responsabilidad civil.
- B. A partir del 1.º de noviembre de 2010, la SFHN puso a disposición el Programa Catastrófico de Gastos Médicos Altos (Catastrophic High Medical Expense) para ayudar a los pacientes sin seguro o con un seguro insuficiente que no reúnan los requisitos para los Programas de Escala Proporcional, de Atención de Caridad y de Descuento en los Pagos con gastos médicos que excedan el 120 por ciento de su ingreso anual familiar y a) que no reúnan los requisitos para los programas de Atención de Caridad y Descuento en los Pagos, el Programa de Escala Proporcional u otros programas gubernamentales de asistencia médica gratuita, y b) que no tenían otros pagadores, incluidos los pagos que puedan recibir de un tercero que tiene la responsabilidad de pagar.

- C. A partir del 1.º de enero de 2015, el ZSFG modificó esta política en virtud de la legislación SB1276 que establece lo siguiente:
1. La definición de una persona con costos médicos elevados incluye a las personas que recibieron una tarifa de descuento del hospital debido a la cobertura de terceros.
 2. El hospital negociará con un paciente el plan de pagos, tomando en cuenta el ingreso familiar y los gastos esenciales para la subsistencia del paciente.
 3. El hospital establecerá una fórmula razonable de pago en la que los pagos mensuales no superen el 10 por ciento del ingreso familiar del paciente, sin incluir las deducciones de gastos esenciales para la subsistencia.
 4. Si el hospital y el paciente no pueden llegar a un acuerdo sobre el plan de pagos, el hospital usará la fórmula especificada para deducir el 60 % de los gastos esenciales para la subsistencia del ingreso familiar bruto del paciente y después calcular el 10 % del ingreso restante para determinar un monto de pago mensual razonable. El hospital proporciona a los pacientes una remisión para recibir ayuda de la Health Consumer Alliance al (888) 804-3536 o al Centro del Consumidor de Salud/Bay Area Legal Aid al (855) 693-7285.
- D. A partir del 3 de agosto de 2019, esta política se modificó de acuerdo con la Resolución n.º 19-8 de la Comisión de Salud de la ciudad y el condado de San Francisco, que resultó en los siguientes cambios:
1. el FPL que calificaba para el Programa de Atención de Caridad aumentó un 500 por ciento;
 2. el FPL que calificaba para el Programa de Descuento en los Pagos se modificó para incluir todos los niveles de FPL;
 3. se eliminó el requisito de costos médicos elevados, y
 4. se eliminó el Programa Catastrófico de Gastos Médicos Altos.
- E. A partir del 1.º de enero de 2023, esta política se modificó de acuerdo con el AB1020: Deuda de Atención Médica y Facturación Justa y el AB532: Políticas de Facturación Justa.
- F. A partir del 22 de mayo de 2024, esta política incluye los servicios Especializados de Salud Mental y Trastorno por Consumo de Sustancias para pacientes ambulatorios a través de los Servicios de Salud del Comportamiento.

V. DEFINICIONES

- A. "Asignación" significa, con respecto a los servicios prestados a un

paciente con calificación financiera, el crédito monetario o descuento que se aplica después de que se imponen los cargos del hospital al paciente, debido a la incapacidad financiera determinada del paciente para pagar los cargos.

- B. "Asistencia financiera" significa proporcionar atención de caridad o pagos con descuento a pacientes financieramente calificados.
- C. "Paciente financieramente calificado" significa un paciente sin seguro o con un seguro insuficiente que tiene una deuda y que reúne los criterios de elegibilidad del programa de Atención de Caridad o de Descuento en los Pagos.
- D. "Nivel de pobreza federal (FPL)" significa la medida de ingresos que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos emite anualmente en el Registro Federal bajo la autoridad de la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos. El FPL se basa en el tamaño e ingreso de la familia del paciente y los hospitales lo usan para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera.
- E. "Hospital" se refiere a las siguientes instalaciones del Departamento de Salud Pública de la ciudad y condado de San Francisco: el ZSFG, las Clínicas de Especialidad Ambulatorias, las Clínicas de Atención Primaria para la Comunidad, Hospital y Centro de Rehabilitación Laguna Honda, la División de Salud de la Población de la SFDPH y los Servicios de Salud del Comportamiento.
- F. "Paciente" significa la persona a quien se prestaron los servicios o al garante, si son diferentes.
- G. "Garante" significa la persona o entidad que es financieramente responsable de pagar la cuenta de un paciente.
- H. "La familia del paciente" significa lo siguiente según la edad del paciente:
 - 1. Para personas mayores de 18 años, es el cónyuge, la pareja doméstica (como se define en la Sección 297 del Código de Familia) y los hijos dependientes menores de 21 años, o de cualquier edad, si tienen alguna discapacidad, de conformidad con la Sección 1614(a) de la Parte A del Título XVI de la Ley del Seguro Social, ya sea que vivan en casa o no.
 - 2. Para personas menores de 18 años o para hijos dependientes de 18 a 20 años, son los padres, los familiares cuidadores y los demás hijos menores de 21 años o, de conformidad con la Sección 1614(a) de la Parte A del Título XVI de la Ley del Seguro Social, de cualquier edad si tienen alguna discapacidad, de los padres o familiares cuidadores, ya sea que vivan en casa o no.
- I. "Pago por cuenta propia" significa un paciente que no tiene cobertura financiera de terceros de una aseguradora médica, plan de servicios de

atención médica, Medicare o Medicaid, y cuya lesión no califica para recibir indemnización a efectos del seguro de compensación a los trabajadores, de automóvil u otro seguro, como el hospital lo determine y documente. Los pacientes que pagan por cuenta propia pueden incluir pacientes de atención de caridad.

- J. "Sin seguro" significa un paciente que no tiene una fuente de pago de terceros para ninguna porción de los gastos médicos del paciente, incluidos, entre otras, seguro comercial o privado, programas de beneficios de atención médica patrocinados por el gobierno o de responsabilidad civil, e incluye un paciente cuyos beneficios bajo todas las fuentes posibles de pago se han agotado antes de una hospitalización o servicio prestado.
- K. "Seguro insuficiente" significa un paciente que cuenta con una fuente de pago externa para una parte de sus gastos médicos, y la parte restante se aplica al monto que el paciente debe pagar. Esto excluye a los pacientes con cobertura de Medi-Cal/Medicaid.

VI. COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA Y AVISOS DE ASISTENCIA FINANCIERA

- A. Los avisos de la política del hospital de proporcionar asistencia financiera a pacientes calificados que pagan por cuenta propia se brindan de varias maneras.
 - 1. Los avisos se publican de forma clara y llamativa en lugares visibles al público en las salas de emergencia, salas de espera, salas de espera de atención de urgencia, salas de espera para pacientes ambulatorios, el vestíbulo principal del Hospital ZSFG y el vestíbulo del Centro de Acceso a la Salud del Comportamiento del ZSFG. También se publican en el sitio web del hospital en <https://zuckerbergsanfranciscogeneral.org/> con la solicitud del programa de Atención de Caridad y Descuento en los Pagos disponible para descargar.
 - a. Las Políticas y Postulaciones de Asistencia Financiera (en inglés) se cargan cada dos años a partir del 1.º de enero de 2024 al sitio web del Programa de Facturación Justa del Hospital (Hospital Fair Billing) del Departamento de Acceso e Información de Atención Médica (Health Care Access and Information, HCAI) de California que se encuentra en: <https://hcai.ca.gov/affordability/hospital-fair-billing-program/hospital-fair-pricing-policy-lookup/>.
 - b. La persona encargada de presentar estas políticas está debidamente autorizada para enviarlas.
 - c. Las políticas enviadas son copias verdaderas y correctas de las políticas del hospital.
 - 2. Los avisos escritos se entregarán en el momento del servicio en los Términos y condiciones de hospitalizaciones, en la Guía del

paciente de ZSFG para pacientes hospitalizados, en el Manual del beneficiario de Salud del Comportamiento, y como folletos en las clínicas ambulatorias. Estos avisos incluyen la siguiente información:

- a. La dirección de Internet de la Health Consumer Alliance (<https://healthconsumer.org>) y una declaración de que existen organizaciones que ayudarán al paciente a comprender el proceso de facturación y pago.
 - b. Información sobre Covered California.
 - c. Información de la presunta elegibilidad de Medi-Cal, si el hospital participa en el programa de presunta elegibilidad.
 - d. La dirección de Internet para obtener la lista de servicios del hospital que se pueden comprar, como lo exige la ley federal.
- B. El portal electrónico de salud MyChart de los pacientes de SFDPH brinda información sobre asistencia financiera, así como una herramienta de evaluación preliminar y permite que los pacientes envíen un mensaje en el portal al Departamento de Servicios Financieros para Pacientes para solicitar asistencia financiera.
- C. Las declaraciones de facturación del paciente incluyen información sobre lo siguiente:
1. Cómo obtener ayuda para facturar.
 2. Cómo solicitar una factura desglosada.
 3. Cómo pedir ayuda para presentar una solicitud de atención médica.
 4. Cómo obtener asistencia financiera. La declaración final de facturación del paciente también incluirá una solicitud para el programa de Atención de Caridad y de Descuento en los Pagos.
 5. Cómo comunicarse con la Health Consumer Alliance en <https://healthconsumer.org/>, al (888) 804-3536, Bay Area Legal Aid y en <https://baylegal.org/>, al (855) 693-7285.
 6. Las cuentas vencidas, las cuales se asignan a la Oficina de Ingresos Morosos (Bureau of Delinquent Revenue, BDR) en la Oficina del Tesorero y Recaudador de Impuestos.

VII. ASISTENCIA Y PROGRAMAS DE COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA

- A. Los Trabajadores de Elegibilidad de Acceso para Pacientes recopilan información demográfica, financiera y de seguros del paciente para determinar si el paciente tiene un seguro que cubra los servicios, y si el paciente no tiene seguro o tiene un seguro insuficiente con cobertura parcial. Se referirán a los pacientes sin seguro o con un seguro insuficiente para programar una cita con el Departamento de Inscripciones de Acceso para Pacientes del ZSFG o de los BHS, o con el asesor financiero de la clínica en la que se prestan los servicios, si está disponible.
- B. Los asesores financieros de Acceso para Pacientes proporcionan evaluaciones de cobertura de atención médica y ayuda con la asistencia a los pacientes sin seguro y con un seguro insuficiente en función del

programa o paquete para el que se determine que el paciente reúne los requisitos preliminares.

- C. Los programas y paquetes pueden incluir lo siguiente:
 - 1. Programa de Asistencia con los Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP).
 - 2. Programa de Tratamiento del Cáncer de Mama y Cervicouterino (Breast and Cervical Cancer Treatment Program, BCCTP).
 - 3. Servicios para Niños de California.
 - 4. Programa de Compensación a Víctimas de California (California Victim Compensation).
 - 5. Cobertura de Salud de Gateway para la Salud y Prevención de Discapacidades en Niños.
 - 6. Covered California.
 - 7. Programa de Detección del Cáncer de Mama y Cervicouterino de Every Woman Counts.
 - 8. Programa de Tratamiento, Atención, Acceso y Planificación Familiar (Family Planning Access, Care and Treatment).
 - 9. Medi-Cal, que brinda seguro de salud gratuito o de bajo costo para residentes elegibles de California con ingresos limitados.
 - 10. El Programa de Elegibilidad Presunta Hospitalaria (Hospital Presumptive Eligibility) de Medi-Cal, el cual proporciona acceso inmediato temporal a servicios de Medi-Cal sin costo, mientras las personas solicitan una cobertura permanente de Medi-Cal.
 - 11. Programa Healthy San Francisco.
 - 12. Programa de Paquetes de Obstetricia (OB) para atención prenatal y partos en ZSFG.
 - 13. Programa de Escala Proporcional del Departamento de Salud Pública.
 - 14. Elegibilidad Presunta de Medi-Cal para Personas Embarazadas.
 - 15. Programa de Paquetes VIP para la interrupción del embarazo.
- D. Cuando un asesor financiero de Acceso para Pacientes determina que un paciente no es elegible para un programa de atención médica o paquete para cubrir su servicio, referirá al paciente al Departamento de Asistencia Financiera al Paciente del ZSFG o a los BHS para presentar una solicitud para los programas de asistencia financiera que podrían reducir la cantidad de dinero que el paciente debe pagar.

VIII. PROGRAMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA

- A. Existen dos (2) programas de asistencia financiera disponibles, el Programa de Atención de Caridad y el de Descuento en los Pagos, y para ambos programas se requiere lo siguiente:
 - 1. Los pacientes deben hacer todo lo posible por proporcionar documentación sobre sus ingresos y su cobertura de beneficios para la salud. No proporcionar información razonable y necesaria puede tenerse en cuenta a la hora de

determinar la elegibilidad.

2. Los pacientes o garantes que reciban un pago, indemnización o compensación en relación a una demanda o cualquier medida legal por parte de un tercero responsable, lo que incluye el pago de servicios de atención médica o de cuidados médicos relacionados con la lesión, debe reembolsar al hospital los servicios de atención médica que se hayan proporcionado hasta por el monto concedido razonablemente para tal fin.
 3. Los pacientes que reciban un cheque de pago directamente de su seguro por los servicios prestados por la Red de Salud de San Francisco están obligados a ceder esos pagos en su totalidad al Departamento de Contabilidad para Pacientes del ZSFG o los BHS, según corresponda.
 4. Los programas de Atención de Caridad y Descuento en los Pagos no se pueden aplicar a los servicios que califican para paquetes o programas, como el paquete de OB y maternidad, el de servicios VIP de aborto u otros programas de paquetes del hospital que se ofrezcan a los pacientes a una tarifa global con descuentos significativos por debajo de las tarifas del gobierno. Estos no están sujetos a descuentos adicionales.
- B. Además de los requisitos mencionados anteriormente, para el programa de Atención de Caridad también se requiere lo siguiente:
1. Los pacientes deben cooperar para buscar y comunicarse con cualquier plan de seguro comercial o patrocinado por el empleador para asegurar el pago de sus servicios, incluidas las apelaciones.
 2. Los pacientes notificados deben cooperar para solicitar un programa del gobierno o paquete del hospital y deben presentar una solicitud completa con los comprobantes requeridos para que esa entidad haga una determinación de elegibilidad.
- C. Se realiza una sola solicitud para Programa de Atención de Caridad y de Descuento en los Pagos, pero tienen requisitos de elegibilidad distintos, como se describe en las siguientes secciones. Los pacientes deben presentar una solicitud completa y toda la información de verificación requerida en un plazo de 30 días a partir de la fecha de inicio de la solicitud.
- D. Los pacientes pueden comunicarse con el Departamento de Asistencia Financiera para Pacientes para obtener ayuda de las siguientes formas:
1. Departamento de Asistencia Financiera para Pacientes del ZSFG al (628) 206-3275, de lunes a viernes, entre las 8:00 a. m. y las 11:30 a. m. y de 1:00 p. m. a 5:00 p. m.
 2. Departamento de Servicios al Miembro de BHS al (888) 246-3333.
 3. Enviando un mensaje en la sección para solicitar asistencia financiera de la cuenta del portal para pacientes MyChart.
- E. Las solicitudes deben enviarse por correo postal a la dirección que se indica a continuación para el departamento o centro correspondiente:
1. Las solicitudes para la atención proporcionada por el ZSFG, CPC o PHD

deben enviarse a Zuckerberg San Francisco General Hospital Patient Financial Assistance Department 1001 Potrero Ave, Building 20, San Francisco, CA 94110.

2. Las solicitudes para la atención proporcionada en los BSH deben enviarse a BHS Member Services Department, 1360 Mission St., 2nd Fl, San Francisco, CA 94103.

IX. PROGRAMA DE ATENCIÓN DE CARIDAD

A. Los requisitos de elegibilidad para el programa de Atención de Caridad son:

1. La elegibilidad para el Programa de Atención de Caridad se basa en los ingresos.
2. El ingreso familiar de un paciente no debe exceder el 138 % del nivel de pobreza federal.
3. La elegibilidad para el programa de Atención de Caridad requiere la cooperación total con los requisitos del programa de buscar y agotar las opciones de aseguramiento y responsabilidad por parte de terceros.
4. Los pacientes también deben cooperar con la evaluación de elegibilidad y la solicitud de Medicare, Medi-Cal u otra cobertura.
5. La elegibilidad para el programa de Atención de Caridad elimina el monto total que el paciente debe pagar.

B. Comprobante de ingresos

1. Los pacientes pueden proporcionar cualquiera de los siguientes documentos para verificar sus ingresos:
 - a. Los comprobantes de pago de los tres (3) meses más recientes antes de la fecha de solicitud o una copia completa de la declaración de impuestos del año más reciente para todas las fuentes de ingresos. Esto es obligatorio para todos los miembros calificados del hogar.
 - b. Declaraciones de impuestos recientes, que son declaraciones de impuestos que documentan los ingresos del paciente durante el año en que se le facturó por primera vez o los 12 meses anteriores a la fecha en que se le facturó por primera vez.
 - c. Comprobantes de pago recientes, que son los recibos de pago correspondientes al periodo de seis meses anterior o posterior a la primera factura emitida por el hospital al paciente.
2. Los pacientes con visa de estudiante pueden presentar el formulario I-20 como comprobante.
3. Los pacientes sin una fuente de ingreso comprobable y aceptada se considerarán no elegibles.
4. Los pacientes activos en un programa del condado o del estado que no cubra las fechas de servicio que se facturan pueden sustituir su comprobante de ingresos para reunir los requisitos para un programa de asistencia financiera de la siguiente manera:
 - a. Los pacientes confirmados con Medi-Cal activo pueden reemplazar el comprobante de ingresos con la elegibilidad actual en el programa de Medi-Cal.

- b. Los pacientes confirmados con Healthy San Francisco activo pueden reemplazar el comprobante de ingresos con la inscripción actual en Healthy San Francisco.
 - c. Los pacientes confirmados con un Programa de Servicios Médicos del Condado (County Medical Services Program, CMSP) activo pueden reemplazar el ingreso y los bienes con la elegibilidad actual en el programa de CMSP.
5. La información que los pacientes presenten para comprobar la elegibilidad de los ingresos no se utilizará para actividades de cobranza.
 6. Los pacientes que no reúnan los requisitos para participar en el programa de atención benéfica debido a ingresos excesivos serán evaluados para el Programa de Descuento en los Pagos.

X. PROGRAMA DE DESCUENTO EN LOS PAGOS

- A. Los requisitos de elegibilidad para el programa de Descuento en los Pagos son:
 1. La elegibilidad para el Programa de Descuento en los Pagos se basa en los ingresos.
 2. El ingreso familiar de un paciente puede ser igual o mayor al 139 % del FPL.
 3. No hay un límite del FPL para que un paciente califique. El FPL de un paciente determina el monto del descuento.
 4. Los pacientes también deben cooperar con la evaluación de elegibilidad de Medicare, Medi-Cal u otra cobertura.
 5. La elegibilidad para el programa de Descuento en los Pagos reduce el monto que debe pagar el paciente.
- B. Comprobante de ingresos
 1. Los pacientes pueden proporcionar cualquiera de los siguientes documentos para verificar sus ingresos:
 - a. Declaraciones de impuestos recientes, que son declaraciones de impuestos que documentan los ingresos del paciente durante el año en que se le facturó por primera vez o los 12 meses anteriores a la fecha en que se le facturó por primera vez.
 - b. Comprobantes de pago recientes, que son los recibos de pago correspondientes al periodo de seis meses anterior o posterior a la primera factura emitida por el hospital al paciente.
 2. Esta política también permite que los pacientes proporcionen los comprobantes de pago de los tres (3) meses más recientes antes de la fecha de solicitud o la declaración de impuestos del año más reciente de todos los miembros del hogar calificados.
 3. Los pacientes sin una fuente de ingreso comprobable y aceptada se considerarán no elegibles.

4. Los pacientes activos en un programa del condado o del estado que no cubra las fechas de servicio que se facturan pueden sustituir su comprobante de ingresos para reunir los requisitos para un programa de asistencia financiera de la siguiente manera:
 - a. Los pacientes confirmados con Medi-Cal activo pueden reemplazar el comprobante de ingresos con la elegibilidad actual en el programa de Medi-Cal.
 - b. Los pacientes confirmados con Healthy San Francisco activo pueden reemplazar el comprobante de ingresos con la inscripción actual en Healthy San Francisco.
 - c. Los pacientes confirmados con un Programa de Servicios Médicos del Condado (CMSP) activo pueden reemplazar el ingreso y los bienes con la elegibilidad actual en el programa de CMSP.
 - d. La información que los pacientes presenten para comprobar la elegibilidad de los ingresos no se utilizará para actividades de cobranza.

XI. DECISIONES SOBRE LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

A. Aprobaciones

1. Se notificará a los pacientes por escrito si se aprueba el monto final del saldo de su cuenta después de que se aplique el descuento.
2. A los pacientes se les facturará la responsabilidad del pago con descuento si queda saldo después de aplicar el descuento.

B. Denegación

1. En caso de denegación, se notificará por escrito al paciente el motivo.
2. Se seguirá cobrando a los pacientes la responsabilidad de pago original de sus cuentas.

XII. PROCESO DE REVISIÓN DE APELACIONES

- A. Los pacientes pueden solicitar una apelación de la decisión de su elegibilidad para el programa de Atención de Caridad o Descuento en los Pagos por escrito con el motivo de la apelación y los comprobantes de apoyo que respalden el motivo de la apelación en un plazo de 15 días hábiles a partir de la recepción de una decisión sobre la solicitud.
- B. Las apelaciones se deben enviar por correo postal a las siguientes direcciones:
 1. Las apelaciones de solicitudes de atención proporcionada por el ZSFG, CPC o PHD deben enviarse a Zuckerberg San Francisco General Hospital Patient Financial Assistance Department 1001 Potrero Ave, Building 20, San Francisco, CA 94110.
 2. Las apelaciones de solicitudes de atención proporcionada en los BSH deben enviarse a BHS Member Services Department, 1360 Mission St., 2nd Fl, San Francisco, CA 94103.
- C. El motivo de la apelación y los comprobantes de sustento se revisarán de acuerdo con los requisitos de elegibilidad de cada programa. Es posible que se requiera información o comprobantes adicionales.
- D. Se notificará por escrito de la decisión de la apelación a los pacientes.

XIII. LÍMITES DE PAGO PARA LOS PACIENTES

- A. El SFDPH también aplica un límite máximo por paciente para determinados pacientes. La política de límite máximo para pacientes reduce el monto que debe pagar un paciente sin necesidad de que este o su garante presenten una solicitud o realicen alguna acción. La política de límite máximo por paciente es una cantidad máxima predeterminada que el paciente debe pagar por las cuentas de pacientes ambulatorios y hospitalizados. Se aplica con base en un sistema de reglas que determina si un paciente y la cuenta califican. Cuando los pacientes y sus cuentas califican, se realiza un ajuste del sistema que reduce el saldo al monto del límite de pago para los pacientes.
- B. Los siguientes pacientes y cuentas no cumplen los requisitos para el límite máximo por paciente y se les seguirá facturando el importe total que adeudan.
 - 1. Pacientes que tengan servicios cubiertos por el seguro de compensación a los trabajadores o un tercero.
 - 2. Pacientes con cuentas asignadas a la Oficina de Ingresos Morosos.
 - 3. Servicios elegibles para obtener el paquete de OB o paquete VIP.
 - 4. Pacientes que hayan recibido un pago directo de su seguro por los servicios y no hayan entregado el pago a la Red de Salud de San Francisco.
 - 5. Pacientes cuyas cuentas han sido contratadas de forma externa al contratista Health Advocates del Departamento de Salud Pública (Department of Public Health, DPH) para la elegibilidad y asistencia en la recuperación del seguro.

XIV. AB1020: LÍMITE DE PAGO PREVISTO

El SFHN también limita el pago previsto por los servicios que presta a pacientes con ingresos iguales o inferiores al 400 % del FPL al importe que el hospital esperaba recibir de Medicare.

XV. PLANES DE PAGO

- A. Los planes de pago están disponibles en el Departamento de Servicios al Cliente de Contabilidad para Pacientes del ZSFG, el Departamento de Servicios al Miembro de los BHS o en la Oficina de Ingresos Morosos (BDR) en la Oficina del Tesorero y Recaudador de Impuestos de la Ciudad y el Condado de San Francisco, dependiendo de la entidad en la que se encuentre la cuenta y de los términos del plan de pago.
- B. Los pacientes pueden solicitar un plan de pago al Departamento de Contabilidad para Pacientes del ZSFG o al Departamento de Servicios al Miembro de los BHS si las cuentas no se han asignado a la BDR.

- C. El plan de pago puede establecerse de las siguientes maneras:
1. Los pacientes pueden crear su propio plan de pago en su portal de pacientes MyChart.
 2. Los pacientes pueden comunicarse con el Servicio al Cliente para que les ayuden a crear un plan de pago de cualquiera de las siguientes formas:
 - a. Enviando un mensaje en su cuenta del portal del paciente MyChart.
 - b. Enviando un correo electrónico a cualquiera de los siguientes:
 - i. Para la atención proporcionada por ZSFG, CPC o PHD:
SFHNPatientFinancialServices@sfdph.org
 - ii. Para la atención proporcionada en los BHS:
BHSMemberServices@sfdph.org
 - c. Llamando a cualquiera de los siguientes:
 - iii. Para la atención proporcionada por ZSFG, CPC o PHD:
(628) 206-8448, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 11:30 a. m. y de 1:00 p. m. a 5:00 p. m.
 - iv. Para la atención proporcionada en los BHS:
(888) 246-3333.
- D. El hospital y el paciente pueden decidir las condiciones del plan de pago. El hospital establecerá una fórmula razonable de pago en la que los pagos mensuales no superen el 10 por ciento del ingreso familiar del paciente, sin incluir las deducciones de gastos esenciales para la subsistencia.
- E. Si el hospital y el paciente no pueden llegar a un acuerdo sobre el plan de pagos, el hospital usará la fórmula especificada para deducir el 60 % de los gastos esenciales para la subsistencia del ingreso familiar bruto del paciente y después calcular el 10 % del ingreso restante para determinar un monto de pago mensual razonable. El hospital proporciona a los pacientes una remisión para recibir ayuda de la Health Consumer Alliance al (888) 804- 3536 o al Centro del Consumidor de Salud/Bay Area Legal Aid al (855) 693- 7285.
- F. Los pacientes con planes de pago atrasados recibirán estados de cuenta en los que se les notificarán los pagos atrasados y les indicarán que realicen un pago para poner su cuenta al día.
- G. Los pacientes pueden comunicarse con la Oficina de Servicio al Cliente para solicitar una renegociación del plan de pago si cumple los requisitos del departamento.
- H. Las cuentas de los pacientes que soliciten un plan de pago que sea inferior a veinte dólares (\$20) al mes o que supere los doce (12) meses naturales serán asignadas al BDR para recibir asistencia del plan de pagos. Consulte las Políticas y Procedimientos de Cobro de Deudas del Hospital General Zuckerberg de San Francisco de la Oficina de Ingresos Morosos de la Oficina del Tesorero y Recaudador de Impuestos de la Ciudad y el Condado de San Francisco.

REFERENCIAS:

- Proyecto de Ley de la Asamblea 1020: Deuda de Atención Médica y Facturación Justa de 2022.
- Proyecto de Ley de la Asamblea 532 Políticas de Facturación Justa de Atención Médica de 2021.
- Grupo de Práctica Clínica de UCSF, Servicios Comerciales con nombre comercial Grupo Médico de SFGH, Política y Procedimiento Garante/AB1020.
- Políticas y Procedimientos de Cobro de Deudas del Hospital General Zuckerberg de San Francisco de la Oficina de Ingresos Morosos de la Oficina del Tesorero y Recaudador de Impuestos de la Ciudad y el Condado de San Francisco.
- Proyecto de Ley del Senado 1276 Atención Médica: Políticas de Facturación Justas de 2014.
- Proyecto de Ley de la Asamblea 774 Hospitales: Políticas de Precios Justos de 2007.