



Origen: 2/2015

Fecha de la última
aprobación: 11/2025Fecha de la última
revisión: 11/2025Fecha de la
próxima revisión: 1/2028Propietaria: Renee Frey:
directora de Servicios
Financieros para PacientesÁrea de de la política: Contabilidad
de pacientes

Política de atención médica de caridad

POLÍTICA

Es política de St. Rose Hospital brindar atención médica de caridad, de acuerdo con lo establecido en la presente, en forma de atención médicamente necesaria gratuita para:

1. Pacientes elegibles que pagan por cuenta propia (atención de caridad); y
2. Pacientes elegibles con gastos médicos altos (atención médica de alto costo de caridad).

St. Rose Hospital también brinda atención con descuento a los pacientes que pagan por cuenta propia y que de otra manera no califican para recibir atención de caridad y ofrece planes de pago razonables a los pacientes. Puede encontrar más información sobre la atención de caridad, la atención con descuento y las políticas de St. Rose Hospital en <https://www.StRoseHospital.org>

Las modificaciones de esta política deberán contar con la aprobación por escrito de la Junta Directiva de St. Rose Hospital.

OBJETIVO

Esta política tiene por objetivo:

1. Definir las modalidades de atención de caridad disponibles y los criterios de elegibilidad relacionados;
2. Establecer los procesos que deben seguir los pacientes para solicitar atención de

caridad y el proceso que seguirá St. Rose Hospital para revisar las solicitudes de atención médica de caridad;

3. Disponer de un medio de revisión en caso de que surja alguna disputa sobre la decisión de atención de caridad; y
4. Establecer las pautas de administración y contabilidad para ayudar a identificar, clasificar e informar de la atención de caridad.

Esta política de atención médica de caridad, junto con la política de atención médica con descuento y las políticas de cobro de deudas de St. Rose Hospital, tienen por objetivo dar cumplimiento a la sección 501(r) del Código de Rentas Internas (IRC, por sus siglas en inglés), promulgado por la Ley de Atención Médica Económica y las regulaciones de implementación, vigentes para los ejercicios fiscales que comienzan después del 29 de diciembre de 2015, así como con las políticas de precios justos de los hospitales del estado de California (artículos 127400 a 127446 del Código de Salud y Seguridad), las políticas de precios justos de los médicos de emergencia (artículos 127450 a 127462 del Código de Salud y Seguridad) y la Ley de Agencias de Informes de Crédito del Consumidor, según corresponda, y la guía de la Inspectoría General (OIG, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos con respecto a la ayuda económica para pacientes sin seguro o con seguro insuficiente.

Se actualizó esta política de atención médica de caridad para implementar los cambios previstos en AB 2297 y SB 1061 y garantizar el cumplimiento de todas las leyes aplicables.

INFORMACIÓN GENERAL

- A. **Alcance de la política:** esta política no genera ninguna obligación para que St. Rose Hospital pague los cargos de los médicos u otros profesionales de la salud, incluidos los anestesiólogos, radiólogos, médicos del departamento de emergencias, patólogos, etc., que no se incluyen en la factura del hospital.
- B. **Médicos del departamento de emergencias:** un médico de emergencias, según se define el término en el artículo 127450 del Código de Salud y Seguridad de California, que brinda servicios médicos de emergencia en St. Rose Hospital también está obligado por ley a ofrecerles descuentos a los pacientes sin seguro o pacientes con gastos médicos altos, cuyo estatus sea igual o inferior al 400 %

del nivel federal de pobreza. No deberá interpretarse esta declaración como la imposición de responsabilidades adicionales al St. Rose Hospital.

DEFINICIONES

- A. **Ingresos familiares:** las ganancias anuales de todos los miembros de la familia del paciente de los doce (12) meses anteriores o el ejercicio fiscal anterior según demuestren los últimos recibos de pago o declaraciones de impuestos sobre la renta, menos los pagos hechos por pensión alimenticia o manutención de los hijos. Los ingresos familiares pueden determinarse anualizando los ingresos en lo que va de año, tomando en cuenta las tasas de ingresos actuales y los cambios en las circunstancias. Salvo que sea necesario para la exención o reducción de los montos de los gastos compartidos de Medicare o Medi-Cal, St. Rose Hospital no tendrá en cuenta los activos monetarios de la familia del paciente al determinar los ingresos familiares o la elegibilidad para recibir atención médica de caridad.
- B. **Nivel federal de pobreza:** se refiere a las pautas de pobreza que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los 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 los Estados Unidos. Las pautas del nivel federal de pobreza de 2024 que se adjuntan en el **anexo A** y el **anexo A** se actualizarán cuando estén disponibles las pautas de 2025.
- C. **Paciente económicamente calificado:** el paciente económicamente calificado es un paciente que cumple con estas dos condiciones: (i) el paciente que paga por cuenta propia o el paciente con gastos médicos altos; y (ii) el paciente cuyo ingresos familiares no superan el 400 % del nivel federal de pobreza.
- D. **Atención médica de caridad:** la cancelación completa (100 %) de los cargos brutos facturados o sin descuento por atención médicamente necesaria recibida en St. Rose Hospital en el caso del paciente que paga por cuenta propia y que está económicamente calificado.
- E. **Gastos médicos altos:** se refiere a cualquiera de los siguientes:

- I. Los gastos de bolsillo anuales incurridos por la persona en St. Rose

Hospital que superan el menor de estos dos valores: 10 % de los ingresos familiares actuales del paciente o los ingresos familiares de los 12 meses anteriores. Los gastos de bolsillo son los gastos de atención médica que no reembolsa el seguro o un programa de cobertura médica, como los copagos de Medicare o los gastos compartidos de Medi-Cal.

2. Los gastos de bolsillo anuales que superen el 10 % de los ingresos familiares del paciente, si el este presenta la documentación de sus gastos médicos que pagó el paciente o su familia en los 12 meses anteriores. Los gastos de bolsillo son los gastos de atención médica que no reembolsa el seguro o un programa de cobertura médica, como los copagos de Medicare o los gastos compartidos de Medi-Cal.

F. **Atención médica de alto costo de caridad:** la cancelación completa (100 %) del saldo restante de los cargos brutos facturados o sin descuento de St. Rose Hospital por atención médicamente necesaria en el caso del paciente que tiene gastos médicos altos después de aplicar los pagos provenientes de otra fuente tercera de pago. La atención médica de alto costo de caridad también puede incluir la exención de los montos de participación en los costos de Medicare y Medi-Cal.

G. **Atención médicamente necesaria:** servicios, tratamientos y/o cuidados que son necesarios y clínicamente adecuados para evaluar, diagnosticar y tratar la afección médica del paciente, de acuerdo con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica y que no son principalmente por conveniencia del paciente o del profesional de la salud. Se presume que los servicios, tratamientos y/o cuidados que se brindan en St. Rose Hospital son médicamente necesarios.

H. **Familia del paciente:** en el caso de los pacientes mayores de 18 años, la familia del paciente incluye al paciente, su cónyuge, su pareja de hecho (según se define el término en la sección 297 del Código de Familia) y sus hijos dependientes menores de 21 años o de cualquier edad si tienen una discapacidad, de conformidad con lo contemplado en la sección 1614(a) de la parte A del título XVI de la Ley del Seguro Social, ya sea que vivan o no en el

hogar. En el caso de los pacientes menores de 18 años o hijos dependientes de entre 18 y 20 años, la familia del paciente incluye al paciente, sus padres o familiares cuidadores, otros hijos dependientes menores de 21 años o de cualquier edad si tienen una discapacidad, de conformidad con lo contemplado en la sección 1614(a) de la parte A del título XVI de la Ley del Seguro Social, ya sea que vivan o no en el hogar.

- I. **Paciente con gastos médicos altos:** el paciente con gastos médicos altos cuyos ingresos familiares no superan el 400 % del nivel federal de pobreza.
- J. **Idioma principal:** un idioma es un idioma principal en el área de servicio de St. Rose Hospital si lo habla el 5 % o más de la población local de St. Rose Hospital.
- K. **Paciente que paga por cuenta propia :** el paciente que no tiene cobertura de terceros con una aseguradora de salud, un plan de servicios de atención médica, Medicare o Medicaid (Medi-Cal), y cuya lesión no es una lesión indemnizable a efectos de la indemnización laboral, el seguro vehicular u otro seguro según lo determine y documente St. Rose Hospital. Los pacientes que pagan por cuenta propia pueden ser pacientes que califican para recibir atención médica de caridad.

ELEGIBILIDAD

Los siguientes tipos de atención médica de caridad están disponibles para pacientes elegibles que reciben atención médicamente necesaria en St. Rose Hospital y que siguen los procedimientos correspondientes (como rellenar las solicitudes y presentar la información requerida).

- A. **Atención médica de caridad.** El paciente es elegible para la cancelación completa (100 %) de los cargos brutos o sin descuento de St. Rose Hospital por atención médicamente necesaria si rellena las solicitudes necesarias y es:
 - 1. Un paciente que paga por cuenta propia; y
 - 2. Un paciente económicamente calificado.
- B. **Atención médica de alto costo de caridad.** El paciente con gastos médicos altos que rellene la solicitud y presente la documentación necesaria para establecer que tiene gastos médicos altos será elegible para que se le cancele por completo (100%) el

saldo que le adeuda a St. Rose Hospital, incluidos los montos de los gastos compartidos, por atención médicamente necesaria después de aplicar los pagos provenientes de fuentes de terceros.

- C. **Montos de gastos compartidos de Medicare y Medi-Cal.** St. Rose Hospital exonerará los montos de gastos compartidos de Medicare y Medi-Cal en el caso de los pacientes económicamente calificados que no tengan una fuente tercera de pago para cubrir dichos montos. Al exonerar o reducir los montos de gastos compartidos de Medicare, St. Rose Hospital podrá considerar los activos monetarios del paciente en la medida necesaria para que, en virtud del programa de Medicare, al hospital se le reembolse la deuda incobrable de Medicare sin intentar cobrarle montos de gastos compartidos al paciente según exige la legislación federal como, por ejemplo, la sección 413.89 del título 42 del Código de Regulaciones Federales. Los activos monetarios incluyen únicamente los activos convertibles a efectivo y no incluyen los planes de jubilación o compensación diferida calificados según el Código de Rentas Internas, planes de compensación diferida no calificados o activos por debajo de la asignación máxima de recursos para cónyuges afiliados, de conformidad con lo estipulado en la sección 1396r-5(d) del título 42 del Código de los Estados Unidos.
- D. **Presunta elegibilidad.** St. Rose Hospital entiende que ciertos pacientes quizás no puedan rellenar la solicitud necesaria para recibir atención médica de caridad, cumplir con las solicitudes de documentación o que no puedan responder al proceso de solicitud. Como consecuencia, puede haber circunstancias en las que se pueda establecer la calificación del paciente para recibir atención médica de caridad o atención médica de alto costo de caridad sin rellenar la solicitud formal de ayuda. En tales circunstancias, St. Rose Hospital puede usar otras fuentes de información para hacer la evaluación individual de la necesidad económica para determinar si la persona califica para recibir atención médica de caridad o atención médica de alto costo de caridad. Esta información permitirá que St. Rose Hospital tome una decisión informada respecto de la necesidad económica del paciente que no puede responder, en función de los mejores cálculos disponibles a falta de información directa del paciente. En particular, la presunta elegibilidad para recibir atención médica de caridad o atención médica de alto costo de

caridad puede determinarse en función de las circunstancias de vida individuales, que pueden incluir:

- Personas en situación de calle o que reciben atención en una clínica o refugio para los sin techo;
- Falta de dirección postal o de residencia;
- Participación en el programa Women, Infants and Children (WIC);
- Elegibilidad para recibir vales de alimentos;
- Elegibilidad para participar en programas de almuerzo escolar;
- En quiebra o en quiebra concluida recientemente;
- Vivir en una vivienda de bajos ingresos o subsidiada; y/o
- El paciente fallece y no deja herencia.

Una vez que se determine que el paciente que paga por cuenta propia es presuntamente elegible para recibir atención médica de caridad o atención médica de alto costo de caridad, el paciente será elegible para recibir la atención de caridad prevista en esta política.

Si un paciente no califica para recibir atención de caridad según los procedimientos de presunta elegibilidad descritos, igual puede presentar la información requerida y se le podrá considerar según el proceso de elegibilidad y solicitud establecido anteriormente.

- E. **Período de elegibilidad.** El período de elegibilidad para recibir atención de caridad es de seis (6) meses contados a partir de la fecha en que se determina que la persona es elegible. Se descontarán todas las cuentas abiertas por servicios prestados a pacientes antes de una determinación de elegibilidad para recibir atención de caridad de conformidad con lo estipulado en esta política. Todo paciente elegible al que se le haya aprobado la atención de caridad y que reciba atención médicamente necesaria durante el período de elegibilidad de seis (6) meses calificará para recibir atención de caridad, a menos que las circunstancias en concreto hayan cambiado, incluida la calificación para tener cobertura de terceros o un cambio concreto en los ingresos familiares del paciente durante el período de elegibilidad.

PROCEDIMIENTOS

A. Solicitudes

1. Se evaluará al paciente que paga por cuenta propia e indica su incapacidad financiera para pagar una factura por atención médicamente necesaria para determinar si califica para recibir atención de caridad. Para calificar como paciente que paga por sí mismo, el paciente o su garante debe verificar que no tiene conocimiento de ningún derecho a recibir beneficios de seguro o de programas gubernamentales que cubran o descuenten la factura.
2. Se usará el "formulario de solicitud de atención de caridad" (**anexo B**) para documentar los ingresos familiares de cada solicitante. Esta solicitud estará disponible en los idiomas principales del área de servicio de St. Rose Hospital. Salvo que sea necesario para la exención o reducción de los montos de los gastos compartidos de Medicare o Medi-Cal, St. Rose Hospital no tendrá en cuenta los activos monetarios de la familia del paciente al determinar los ingresos familiares o la elegibilidad para recibir atención médica de caridad.
3. No hay límite de tiempo para solicitar atención de caridad en virtud de esta política de atención médica de caridad y St. Rose Hospital no negará la elegibilidad por el momento en que el paciente presenta su solicitud.

B. Decisión y notificación de ayuda económica

1. Decisión:

- a. St. Rose Hospital considerará la solicitud de cada solicitante y asignará ayuda cuando el paciente reúna los requisitos de elegibilidad y haya recibido (o recibirá) atención médicamente necesaria.
- b. Salvo que sea necesario para la exención o reducción de los montos de los gastos compartidos de Medicare o Medi-Cal, St. Rose Hospital no tendrá en cuenta los activos monetarios de la familia del paciente al determinar los ingresos familiares o la

elegibilidad para recibir atención médica de caridad.

- c. St. Rose Hospital no condicionará la aprobación de la atención médica de caridad a que el paciente solicite la ayuda de un programa gubernamental.
- d. Para determinar si cada persona califica para recibir atención de caridad, también se deben considerar otros programas de ayuda del condado o gubernamentales. Muchos solicitantes no saben que es posible que sean elegibles para recibir ayuda como Medi-Cal, víctimas del delito o servicios para menores de California.
- e. St. Rose Hospital debe ayudar a la persona a determinar si es elegible para recibir ayuda gubernamental o de otro tipo y presentar las solicitudes según corresponda.
- f. Cuando se requiera aprobación administrativa, St. Rose Hospital considerará la solicitud de servicio de manera oportuna y responderá a la solicitud por escrito.

2. Notificación

- a. Si bien lo recomendable es que se determine la elegibilidad del paciente para recibir atención de caridad lo más cerca posible del momento del servicio, no existe un límite estricto en cuanto al momento en que se establece la determinación. En algunos casos, la elegibilidad resulta evidente de inmediato, mientras que en otros hay que hacer una investigación más a fondo para determinarla. En otros casos, es posible que no se haya identificado al paciente elegible para recibir atención de caridad antes de iniciar acciones de cobro externas. Las agencias de cobranza de St. Rose Hospital deberán estar al tanto de esta política para que sepan que deben remitirse a las cuentas de los pacientes de St. Rose Hospital que puedan ser elegibles para recibir atención de caridad.

- b. Una vez que se establezca la determinación, se enviará un "formulario de notificación" (**anexo C**) a cada solicitante para informarle la decisión de St. Rose Hospital.
3. **Resolución de disputas.** En caso de que surja alguna disputa por la aplicación de esta política, el paciente podrá solicitar la revisión del caso notificándole al director financiero de St. Rose Hospital el fundamento de la disputa y la reparación deseada. Se deberá presentar la comunicación por escrito en un plazo de treinta (30) días a partir del momento en que el paciente se entera de las circunstancias que dan lugar a la disputa. El director financiero o su delegado revisará las inquietudes y le informará al paciente la decisión correspondiente por escrito.
4. **Mantenimiento de registros.** Los registros relacionados con la ayuda brindada en virtud de esta política de atención médica de caridad deben ser de fácil acceso.
5. **Retención de terceros.** St. Rose Hospital puede hacer valer los derechos de retención sobre las indemnizaciones por agravio de los pacientes que pagan por cuenta propia de conformidad con lo establecido en la ley aplicable. Si el paciente que paga por cuenta propia recibe un acuerdo legal, sentencia o adjudicación por una demanda de responsabilidad de terceros que incluye el pago de servicios médicos o atención médica brindada en St. Rose Hospital por la lesión, St. Rose Hospital puede exigir que el paciente o el garante le reembolsen a St. Rose Hospital los servicios médicos relacionados prestados hasta el monto razonablemente adjudicado para tal fin.
6. **Presentación al Departamento de Acceso e Información de Atención Médica.** St. Rose Hospital presentará esta política y sus enmiendas o modificaciones al Departamento de Acceso e Información de Atención Médica en el tiempo y forma prescritos por este.
7. **Presentación al Departamento de Salud Pública de California:** St. Rose Hospital presentará esta política y sus enmiendas o modificaciones al

Departamento de Salud Pública de California de la manera descrita por este.

Archivos adjuntos

- [A: Pautas federales de pobreza 2024/2025](#)
- [B: Declaración de situación financiera/solicitud de ayuda económica \(en inglés\)](#)
- [B: Declaración de situación financiera/solicitud de ayuda económica \(en español\)](#)
- [C: Hoja de cálculo de atención médica de caridad](#)
- [D: Formulario de notificación de elegibilidad para recibir atención médica de caridad](#)
- [E: Notificación de ayuda para pagar mi factura](#)

APROBACIONES

Descripción del paso	Aprobado por	Fecha
Junta Directiva	Patricia Madueno, asistente ejecutiva	1/2025
Comité Ejecutivo	Mario Harding, director administrativo [PM]	1/2025
Comité Ejecutivo de Asuntos Legales y de Cumplimiento	Michael Sarrao, asesor general	1/2025
	Renee Frey, directora de Servicios Financieros para Pacientes	1/2025

