

Status  PolicyStat ID



Origination	2/1/2009	Owner	Kimberly Dillard: Director, Revenue Cycle
Last	5/15/2024		
Approved		Policy	Administrative - Area
Effective	03/01/2026		
Last Revised	10/10/2023		
Next Review	3 years after approval		Fiscal

## 110.032 Política del Programa de Pago con Descuento

---

### PROPOSITO:

Ventura County Health Care Agency (HCA por sus siglas en inglés), incluyendo Ventura County Medical Center (VCMC por sus siglas en inglés) / Santa Paula Hospital (SPH por sus siglas en inglés), se esfuerza por brindar atención compasiva y de calidad a la comunidad a la que servimos. Esta política demuestra el compromiso de HCA de asegurar que a los pacientes que cumplan con los requisitos financieros no se les cobre más de lo permitido por ley por los servicios hospitalarios médicamente necesarios. El propósito de esta política es establecer criterios objetivos y estandarizados para determinar la elegibilidad y los beneficios bajo el Programa de Pago con Descuento (Discount Payment Program, "DPP"), en cumplimiento con las secciones 127400-127446 del California Health & Safety Code.

### ALCANCE:

Esta política aplica a VCMC y SPH y a los departamentos y clínicas ambulatorias basados en el hospital que se facturan como servicios hospitalarios.

Esta política no aplica a los servicios proporcionados en Federally Qualified Health Centers (FQHCs) ni a los servicios de clínicas facturados bajo un programa de tarifas de clínicas. La ayuda financiera para esos servicios se aborda en políticas clínicas por separado.

### POLITICA:

VCMC y SPH ofrecen un Programa de Pago con Descuento (DPP) para pacientes elegibles que reciban servicios hospitalarios médicamente necesarios. Los pacientes que cumplan con los criterios de elegibilidad descritos a continuación serán considerados para ayuda financiera bajo cualquiera de las siguientes opciones:

- Policy 110.030 - Hospital Charity Care Policy, o
- Policy 110.032 - Hospital Discount Payment Program Policy

La elegibilidad para ayuda financiera se determina utilizando un solo criterio de elegibilidad. La asignación a Charity Care versus el Discount Payment Program se determina mediante un proceso estandarizado y no discrecional de determinación de beneficios, como se describe en esta política.

Una solicitud de ayuda financiera puede presentarse en cualquier momento. Se presume que los servicios son médicamente necesarios a menos que el hospital proporcione una certificación formal anticipada (attestation) de que los servicios no son médicamente necesarios.

## **PROCEDIMIENTO:**

### **Elegibilidad para participar en el Discount Payment Program**

#### **Criterio de elegibilidad (Hospital Fair Billing)**

Un paciente es elegible para solicitar ayuda financiera del hospital si el paciente:

- No tiene seguro (self-pay), o tiene altos costos médicos; y
- Tiene un ingreso familiar igual o menor al 400 por ciento del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, "FPL").

Los pacientes que cumplan con el criterio de elegibilidad anterior serán evaluados bajo esta política, a menos que la determinación estandarizada de beneficios resulte en la asignación a Charity Care bajo Policy 110.030.

## **DEFINICIONES**

### **Pacientes Self-Pay**

Un paciente que no tiene cobertura de un tercero de parte de un asegurador de salud, un plan de servicios de salud, Medicare o Medi-Cal para los servicios prestados, o cuyos servicios no estén cubiertos debido a limitaciones de beneficios, o cuya lesión no sea una lesión compensable bajo compensación laboral (workers' compensation), seguro de automóvil u otra cobertura de responsabilidad, según lo determine y documente HCA.

### **Altos Costos Medicos**

Un paciente cuyo ingreso familiar no exceda el 400 por ciento del Federal Poverty Level y cuyos gastos médicos de su propio bolsillo (out-of-pocket) por servicios hospitalarios cumplan con uno o más de los siguientes criterios:

- A. Los costos hospitalarios anuales de su propio bolsillo exceden el monto menor entre el diez por ciento (10%) del ingreso familiar actual del paciente o el diez por ciento (10%) del ingreso familiar del paciente en los doce (12) meses anteriores;  
o
- B. Los gastos médicos anuales de su propio bolsillo pagados por el paciente o la familia del paciente exceden el diez por ciento (10%) del ingreso familiar del paciente, con base en documentación de gastos pagados dentro de los doce (12) meses anteriores.

## **Pacientes Asegurados y Subasegurados**

Un paciente con cobertura de un tercero puede calificar como alguien con altos costos médicos para efectos de esta política cuando las obligaciones de costo compartido del paciente (incluyendo deducibles, copagos y coseguro) cumplan con los criterios anteriores y el paciente no reciba de otra manera una tarifa con descuento del hospital basada en la cobertura de un tercero.

## **Ingreso Familiar y Federal Poverty Level (FPL)**

Las determinaciones de elegibilidad bajo esta política se basan en el ingreso familiar y el Federal Poverty Level vigente en el momento del servicio o de la primera facturación, utilizando las guías de pobreza más actuales del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS).

La documentación de ingresos se limita a talones de pago recientes o declaraciones de impuestos, según lo definido por ley. Se puede aceptar otra documentación, pero no deberá requerirse como condición de elegibilidad.

Los activos monetarios del paciente o de la familia del paciente no deberán considerarse al determinar la elegibilidad o el nivel de beneficio bajo esta política.

## **Determinación de Beneficios y Limite Del Descuento**

Los pacientes que cumplan con el criterio de elegibilidad y cuya determinación estandarizada de beneficios resulte en un pago esperado del paciente mayor a \$0 serán asignados al Discount Payment Program.

Para pacientes elegibles bajo esta política, el pago esperado por servicios hospitalarios no deberá exceder el monto que el hospital razonablemente esperaría recibir de Medicare o Medi-Cal, el que sea mayor, de manera consistente con los requisitos de California sobre Hospital Fair Pricing.

## **Estado de Seguro Del Paciente Desconocido**

El personal de HCA deberá hacer esfuerzos razonables para determinar si la cobertura de seguro médico privado o público puede cubrir total o parcialmente los cargos por la atención. La evaluación de cobertura no deberá retrasar ni impedir la evaluación para ayuda financiera del hospital.

## **Médicos de Urgencias**

Los médicos contratados del Departamento de Urgencias que brindan servicios de emergencia en VCMC y SPH están obligados por ley a proporcionar descuentos a pacientes sin seguro o a pacientes con altos costos médicos que estén en o por debajo del 400 por ciento del Federal Poverty Level. Se notificará a los pacientes sobre la disponibilidad de dichos programas.

## **Planes de Pago Extendidos**

A los pacientes elegibles asignados al Discount Payment Program se les ofrecerá un plan de pago extendido razonable y sin intereses. Los pagos mensuales no deberán exceder el diez por ciento (10%) del ingreso familiar mensual del paciente, excluyendo gastos esenciales de vida.

## **Avisos a Los Pacientes**

HCA proporcionará aviso por escrito a los pacientes sobre la disponibilidad de Charity Care y del Discount Payment Program, incluyendo:

- Avisos generales publicados en lugares públicos y en el sitio web del hospital;
- Avisos proporcionados en puntos de servicio; y
- Avisos incluidos con los estados de cuenta a pacientes potencialmente elegibles.

El contenido de los avisos a pacientes deberá cumplir con los requisitos legales aplicables y se mantendrá como documentos operativos, separados de esta política.

## **Actividades de Cobro**

Las actividades de facturación y cobro relacionadas con pacientes elegibles o potencialmente elegibles bajo esta política deberán cumplir con los requisitos de California sobre Hospital Fair Billing y Fair Pricing. Ninguna cuenta deberá remitirse a cobro hasta que se hayan cumplido los avisos y los plazos requeridos

HCA se asegurará de que cualquier agencia de cobro utilizada cumpla con la ley aplicable y con los requisitos de esta política.

## **Duración de la Elegibilidad**

Las determinaciones de elegibilidad bajo esta política son válidas por doce (12) meses a partir de la fecha de determinación, a menos que las circunstancias financieras del paciente cambien de manera sustancial.

Pueden realizarse determinaciones de elegibilidad presuntiva con base en información confiable cuando un paciente no presente documentación

## **Resolución de Disputas**

Cualquier disputa relacionada con determinaciones de elegibilidad o beneficios bajo esta política deberá ser revisada y resuelta por el HCA Chief Financial Officer o su designado.

## **Todas las Fechas de Revisión**

12/17/2024, 5/3/2023, 4/14/2023, 7/30/2019, 6/6/2019, 8/1/2017

---

## **Adjuntos**

110-032 Discount Payment Program Policy.pdf

Discount Program Application [English]

Discount Program Application [Spanish]

Discount Rate Schedule and Service Schedule.pdf

### **Firmas de Aprobación**

<b>Descripción de Paso</b>	<b>Aprobador</b>	<b>Fecha</b>
Health Care Agency Finance	Michael Taylor: Chief Financial Officer, Health Care Agency	12/17/2024
Hospital Finance	Jill Ward: Chief Financial Officer, VCMC & SPH	12/17/2024
Revenue Cycle	Kimberly Dillard: Director, Revenue Cycle	12/17/2024