



PROGRAMA DE ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

HEALTHCARE ACCESS PROGRAM

CONTEXTO:

El Sistema de Salud del Condado de Santa Clara (“Condado”) ofrece atención gratuita y pagos con descuento a pacientes con ingresos bajos y moderados a través de su Programa de Acceso a la Atención Médica (también denominado en este reglamento “HAP” o “Asistencia Financiera”). Los pacientes deben revisar detenidamente este reglamento y si tienen alguna pregunta, ponerse en contacto con el Servicio de Finanzas para Pacientes llamando al (866) 967-4677 (TTY: 711) (de lunes a viernes, de 8:00 a 17:00).

DEFINICIONES:

1. **Atención Caritativa:** atención gratuita (disponible para pacientes elegibles con ingresos familiares iguales o inferiores al 400 % del Nivel Federal de Pobreza, como se describe con más detalle en este reglamento).
2. **Pago con Descuento:** cualquier cargo por atención que sea reducido, pero no gratuito (disponible para pacientes elegibles con ingresos familiares por encima del 400 % pero por debajo del 650 % del Nivel Federal de Pobreza, como se describe con más detalle en este reglamento).
3. **Familiar del Paciente o Familia:** para pacientes de dieciocho (18) años o mayores, la familia del paciente incluye al paciente, a su cónyuge o pareja de hecho y a los hijos dependientes menores de veintiún (21) años (o de cualquier edad si son discapacitados), que vivan o no en el domicilio. En el caso de pacientes menores de dieciocho años o que sean hijos a cargo de entre dieciocho y veinte años de edad, la familia del paciente incluye a los padres o familiares que cuidan del paciente, y otros hijos de los padres o familiares a cargo menores de veintiún años (o de cualquier edad si son discapacitados).
4. **Residente del Condado:** a efectos de este reglamento, se considerará residente del Condado a cualquier persona que haya proporcionado al Condado documentación que demuestre que reside en el Condado de Santa Clara.
5. **Residente fuera del Condado:** a efectos de este reglamento, se considerará no residente del Condado a cualquier persona que no haya proporcionado documentación que demuestre que vive en el Condado de Santa Clara.
6. **Ingreso Familiar:** los ingresos familiares incluyen los ingresos brutos anuales de todos los miembros del paciente, menos las pensiones conyugales o las pensiones de manutención de

los hijos.

7. **Paciente que Paga por Cuenta Propia:** un paciente que paga por cuenta propia es un paciente que no tiene cobertura de terceros por parte de una aseguradora médica, plan de servicios de atención médica, Medicare o Medi-Cal, y cuya lesión no es indemnizable a efectos de indemnización laboral, seguro de automóvil u otro seguro, según determine y documente el Condado. Los pacientes que pagan por cuenta propia incluyen, sin limitación: (a) pacientes que reúnen los requisitos para un programa de seguro gubernamental, pero reciben servicios que no están cubiertos por dicho programa, y (b) pacientes cuyos beneficios se agotan antes o durante la prestación de los servicios.

8. **Paciente de Alto Costo Médico:** Un paciente de alto costo médico es un paciente que:

a. Tiene una fuente de pago de terceros para los servicios de atención médica (es decir, no es un paciente que paga por cuenta propia), y

b. Cualquiera de las siguientes:

I. Gastos de atención médica anuales en el condado que superen el importe más bajo de los siguientes: el 10 % de los ingresos familiares actuales del paciente o de los ingresos familiares de los doce (12) meses anteriores, o

II. Pagó, o tiene uno o más familiares que pagaron, gastos médicos anuales de su bolsillo a cualquier profesional de atención médica que superen el 10 % de los ingresos familiares del paciente, siempre que este aporte documentación de los gastos médicos pagados por él o por sus familiares en los 12 meses anteriores.

Los gastos de bolsillo pueden incluir cualquier costo o gasto de atención médica que no sea reembolsado por un seguro o un programa de cobertura médica. Algunos ejemplos son los copagos de Medicare y la participación en los gastos de Medi-Cal, así como los copagos, coaseguros, deducibles y otros importes de participación en los gastos adeudados por un paciente asegurado en virtud del plan de seguro médico del paciente.

9. **Inscripción Presunta para Atención con Descuento:** se puede determinar que un paciente es elegible para la HAP en función de la información socioeconómica específica del paciente recopilada de fuentes del mercado. Los pacientes sin hogar o que fallecen mientras reciben servicios, y sin fuente de financiación, ni una parte responsable o patrimonio, pueden ser elegibles para recibir Atención Médica Caritativa o Pago con Descuento incluso si no completaron una solicitud de asistencia financiera. El Director de Servicios Financieros para Pacientes o el Director del Ciclo de Ingresos o la persona que ellos designen revisarán estos casos y tomarán una decisión caso por caso.

10. **Servicio o Suministro Médicamente Necesario:** un Servicio o Suministro Médicamente Necesario es un servicio y/o suministro médico necesario para tratar o diagnosticar una afección médica, cuya omisión podría afectar negativamente a la salud del paciente. Por lo general, los siguientes servicios no se consideran Servicios o Suministros Médicamente Necesarios y, por

lo tanto, no están cubiertos por este reglamento:

- a. Servicios de endocrinología reproductiva e infertilidad;
- b. Servicios cosméticos o servicios de cirugía plástica;
- c. Servicios de corrección de la vista, incluidos LASEK, PRK, queratoplastia conductiva, segmentos de anillo corneal de Intac, C-CAP de contorno personalizado;
- d. Transporte en ambulancia iniciado por el paciente; y
- e. Medicamentos de estilo de vida, según lo define el Comité de Farmacia y Terapéutica de Santa Clara Valley Medical Center (SCVMC, por sus siglas en inglés).

El Condado se reserva el derecho de modificar esta lista de servicios y/o suministros que generalmente no cubiertos. En raras situaciones, por ejemplo, por recomendación de un médico o profesional de atención médica participante, el Director médico del Condado o la persona que designe podrá aprobar uno de estos servicios o suministros como un Servicio o Suministro Medicamente Necesario para un paciente específico.

La decisión del Director Médico del Condado o de la persona que este designe es definitiva. Antes de denegar la Asistencia Financiera basándose en que la atención no es médicamente necesaria, el Condado obtendrá un certificado firmado por el profesional que refirió al paciente a los servicios en cuestión o por el profesional de atención médica supervisor de los servicios en cuestión.

11. **Episodio de Atención:** para los fines de este reglamento Episodio de Atención significa:

- a. En el entorno de la hospitalización, los Servicios o Suministros Medicamente Necesarios recibidos entre la fecha de admisión y la fecha de alta asociada a esa admisión; o bien
- b. En el entorno del departamento de emergencias o como paciente ambulatorio, una visita individual para recibir Servicios o Suministros Medicamente Necesarios.

PROCEDIMIENTO:

A. Criterios de elegibilidad

1. Para recibir Atención Médica Caritativa o un Pago con Descuento bajo este reglamento, un paciente debe presentar una Solicitud de Asistencia Financiera completa o calificar para la Inscripción Presunta para Atención con Descuento.
2. Los pacientes deben proporcionar información veraz, precisa y completa al solicitar Asistencia Financiera, incluyendo la documentación de respaldo necesaria, según lo solicitado por el Condado. Se puede determinar que los pacientes no reúnen los requisitos para recibir Atención Médica Caritativa o un Pago con Descuento si proporcionan información falsa o incompleta durante el proceso de solicitud.
3. Todos los pacientes deben proporcionar uno de cada uno de los siguientes tipos de

documentos con su solicitud de asistencia financiera:

- a. Prueba de identidad (por ejemplo, una licencia de conducir, pasaporte, tarjeta de identificación emitida por el gobierno, tarjeta de identificación laboral o escolar, o acta de nacimiento más otra identificación, como una membresía de gimnasio o de Costco); y
 - b. Comprobante de ingresos en forma de:
 - I. Declaración de impuestos reciente (es decir, declaración de impuestos que documente los ingresos del paciente correspondientes al año en que se facturó por primera vez al paciente o a los 12 meses anteriores a la fecha en que se facturó por primera vez al paciente), o bien
 - II. recibos de nómina recientes (es decir, recibos de nómina dentro de un periodo de 6 meses antes o después de que el Condado facturara por primera vez al paciente o, en el caso de los servicios previos, cuando se presente la Solicitud de Asistencia Financiera).
4. Cualquier paciente que solicite Asistencia Financiera a largo plazo como Residente del Condado (consulte la Sección B a continuación) también debe presentar una prueba de residencia (por ejemplo, un contrato de alquiler o arrendamiento, estado de cuenta de la hipoteca, factura de servicios públicos, registro del vehículo, licencia de conducir, declaración de falta de vivienda o carta de apoyo de una persona con la que vive el solicitante y prueba de residencia de esa persona). Los pacientes que no presenten prueba de residencia tendrán derecho a recibir Asistencia Financiera episódica como No Residentes del Condado (véase la Sección C a continuación).
 5. Todo paciente que solicite Atención Médica Caritativa o un Pago con Descuento conforme a la parte (b)(ii) de la definición de “Paciente con Costos Médicos Elevados” anterior, debe presentar documentación de los gastos médicos que él y/o sus familiares hayan pagado en los 12 meses anteriores.
 6. La elegibilidad para programas de cobertura médica distintos del HAP podría requerir documentación adicional. Se indicará a los solicitantes de programas distintos del HAP qué documentos deben proveer.
 7. El Condado no tiene en cuenta los activos de un paciente a la hora de determinar la elegibilidad para recibir Atención Médica Caritativa o un Pago con Descuento.
 8. Existen distintos niveles de Asistencia Financiera para los pacientes que reúnan los requisitos en función de sus ingresos familiares, tal y como se describe en la tabla que figura a continuación, en las secciones B y C de este reglamento y en el Anexo A de este reglamento.

Cantidad de Asistencia Financiera Disponible para los Residentes del Condado que son Pacientes

que Pagan por Cuenta Propia o Pacientes con Altos Costos Médicos en Función de los Ingresos Familiares

INGRESO FAMILIAR	ASISTENCIA FINANCIERA
Ingreso familiar igual o inferior al 400 % del Nivel Federal de Pobreza.	100 % Atención Caritativa
Ingreso familiar entre 401 y 449% del Nivel Federal de Pobreza.	70% Pago con Descuento
Ingreso familiar entre 450 y 549% del Nivel Federal de Pobreza.	50% Pago con Descuento
Ingreso familiar entre 550 y 649% del Nivel Federal de Pobreza.	25% Pago con Descuento

Los Niveles Federales de Pobreza para 2024 figuran en el Anexo A.

9. En el caso de los pacientes que no puedan completar una solicitud de Asistencia Financiera o proporcionar toda la documentación necesaria, el Sistema de Salud podría desarrollar y utilizar una herramienta para inscribir presuntamente a los pacientes en el Programa de Acceso a la Atención Médica basándose en la inscripción existente en programas como los servicios para personas sin hogar, el programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Nutricional Complementaria (SNAP, también conocido comúnmente como cupones de alimentos) y determinadas viviendas subvencionadas.

10. Los Servicios Financieros para Pacientes evaluarán a los pacientes para determinar si reúnen los requisitos para Medi-Cal y ayudarán a los pacientes que no tienen seguro médico (u otra fuente de pago de terceros para Servicios o Suministros Médicamente Necesarios) a determinar si reúnen los requisitos para cualquier programa de salud estatal, federal y/o del Condado y/o cualquier otra fuente de pago de terceros. El personal de Servicios Financieros para Pacientes está disponible para ayudar a los pacientes a completar solicitudes para Medi-Cal, otra cobertura de atención médica financiada por el gobierno y el Programa de Acceso a la Atención Médica, según corresponda. Si un paciente solicita, o tiene una solicitud pendiente, para otro programa de cobertura de salud al mismo tiempo que el paciente solicita Asistencia Financiera del Condado, ninguna de las solicitudes impedirá la elegibilidad para el otro programa.

11. Los pacientes que reúnan los requisitos pueden recibir Atención Médica Caritativa o un Pago con Descuento por Servicios o Suministros Médicamente Necesarios de los profesionales de atención médica del Condado. Los pacientes no tienen derecho a recibir Atención Médica Caritativa o un Pago con Descuento por servicios o artículos que no sean Servicios o Suministros Médicamente Necesarios, por honorarios profesionales de médicos facturados por separado o por transporte en ambulancia no solicitado por el Condado. En aquellas raras circunstancias en las que sea necesaria una referencia fuera del Sistema de Salud del Condado, el Director Médico del Condado o la

persona designada podrán aprobar la Atención Caritativa o un Pago con Descuento por Servicios y Suministros Médicamente Necesarios obtenidos fuera del Sistema de Salud del Condado.

12. No se denegará a un paciente la Asistencia Financiera que estaría disponible de acuerdo con la versión de este reglamento publicada en la página web del Condado en el momento en que se facturó por primera vez al paciente.

B. Alcance de la Asistencia Financiera para los Residentes del Condado

1. La Atención Caritativa o un Pago con Descuento para residentes del Condado generalmente se extiende por un período de un año que comienza el primer día del mes en el que el paciente presentó su Solicitud de Asistencia Financiera completada o calificó para la Inscripción Presunta para Atención con Descuento, lo que ocurra primero, o el primer día del Episodio de Atención con el que se relaciona la Solicitud de Asistencia Financiera completada del paciente o la Inscripción Presunta para Atención con Descuento, excepto si hay un cambio material en la elegibilidad del paciente antes de que finalice ese año, como la calificación para la cobertura de terceros de un asegurador de salud u otra fuente de pago de terceros para Servicios o Suministros Médicamente Necesarios. El Director del Ciclo de Ingresos o la persona que éste designe podrá, a su discreción, conceder descuentos adicionales si se demuestra que existe una causa justificada.
2. Los pacientes deben volver a solicitar Asistencia Financiera anualmente según corresponda, ya sea presentando una nueva solicitud de Asistencia Financiera o volviendo a calificar para la Inscripción Presunta para Atención con Descuento.
3. Los pacientes deben informar al Condado los cambios materiales en su elegibilidad (como cambios en sus ingresos, elegibilidad para seguro médico u otra cobertura para servicios de atención médica, composición familiar o gastos médicos) dentro de los sesenta (60) días siguientes a cuando ocurran los cambios o en la siguiente vez que reciban servicio médico, lo que ocurra primero. El Condado se reserva el derecho de volver a verificar la elegibilidad de un paciente en cualquier momento.
4. Si un paciente no informa oportunamente al Condado cualquier cambio material en su elegibilidad, su Atención Médica Caritativa o un Pago con Descuento pueden ser cancelados retroactivamente a partir de la fecha en que el cambio material entró en vigor.

C. Alcance de la Asistencia Financiera para los que no Residen en el Condado

1. Los pacientes que pagan por cuenta propia y con costos médicos altos que no son residentes del Condado generalmente no son elegibles para servicios de atención médica que no sean de emergencia en las instalaciones del Condado de Santa Clara. En aquellas instalaciones donde hay un exceso de capacidad, los residentes que no son del Condado pueden recibir servicios de atención médica que no sean de emergencia.
2. Los que no son residentes del Condado que reciben Servicios o Suministros Médicamente Necesarios en las instalaciones del Condado y que son pacientes que pagan por Cuenta Propia o de Alto Costo

Médico son elegibles a recibir atención caritativa por esos servicios si sus ingresos familiares son iguales o inferiores al 400% del Nivel Federal de Pobreza.

3. Los que no son residentes del Condado elegibles sólo pueden calificar para recibir Atención Caritativa para un episodio de atención específico, no de forma continua durante un año. El Director del Ciclo de Ingresos o la persona que éste designe podrán conceder descuentos adicionales si se demuestra que existe una causa justificada.

D. Planes de Pago

1. Un paciente que reúna los requisitos para recibir un Pago con Descuento en virtud de este reglamento puede solicitar establecer un plan de pago a largo plazo sin intereses con el Condado para poder abonar el precio con descuento a lo largo del tiempo.
2. El Condado y el paciente negociarán las condiciones del plan de pagos. Al negociar los términos de un plan de pago razonable con el paciente, el Condado tomará en consideración los ingresos familiares del paciente y los gastos esenciales de subsistencia. El Condado también puede considerar la disponibilidad de cualquier cuenta de ahorros de salud que tenga el paciente o la familia del paciente. Por “gastos esenciales de subsistencia” se entienden los gastos de alquiler o pago y mantenimiento de la vivienda, alimentos y suministros domésticos, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguros, escuela o guardería, manutención de hijos o cónyuge, gastos de transporte y automóvil, incluidos seguros, gasolina y reparaciones, pagos a plazos, lavandería y limpieza, y otros gastos extraordinarios.
3. Si el Condado y el paciente no pueden llegar a un acuerdo sobre los términos de un plan de pagos, el Condado utilizará la fórmula descrita en la subdivisión (i) de la sección 127400 del Código de Salud y Seguridad de California para crear un plan de pagos razonable que consista en pagos mensuales que no superen el 10 por ciento de los ingresos familiares del paciente para un mes, excluyendo las deducciones por gastos esenciales de subsistencia.

E. Apelaciones

1. El Condado emitirá una decisión dentro de un plazo de 30 días a partir de la recepción de la Solicitud de Asistencia Financiera completa del paciente. La decisión incluirá instrucciones sobre cómo un paciente puede apelar la denegación y el plazo para apelar.
2. El paciente al que se le deniegue la ayuda caritativa o el pago con descuento podrá apelar la denegación por escrito. La apelación debe contener el fundamento de la misma y la reparación solicitada. Los formularios de apelación están disponibles en línea en <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> o comunicándose con Servicios Financieros para Pacientes (Patient Financial Services, en inglés) llamando al (877) 967-4677.
3. Las apelaciones deben recibirse en la dirección indicada a continuación en un plazo de treinta (30) días a partir de la denegación:

County of Santa Clara Health System Patient Business Services
5750 Fontanoso Way, 1st Floor
San José, CA 95138
Attention: Revenue Cycle Director

4. El Director del Ciclo de Ingresos decidirá todas las apelaciones iniciales en un plazo de treinta (30) días a partir de la recepción de los formularios de apelación.
5. Si el Director del Ciclo de Ingresos o su designado afirma la denegación inicial, un paciente puede presentar una segunda apelación por escrito. Cualquier segunda apelación debe ser recibida por el Director Financiero del Sistema de Salud del Condado de Santa Clara en la dirección que se indica a continuación dentro de los treinta (30) días a partir de la denegación de la apelación inicial:

County of Santa Clara Health System Finance Department
2325 Enborg Lane, Suite 360B
San José, CA 95128
Attention: Chief Financial Officer

6. El Director Financiero decidirá sobre todas las segundas apelaciones en un plazo de treinta (30) días.
7. La decisión sobre cualquier segunda apelación será definitiva.

F. Procedimientos de notificación

1. Este reglamento y sus anexos se facilitarán al Departamento de Acceso e Información de la Salud (HCAI, por sus siglas en inglés) al menos cada dos años, el 1 de enero, o siempre que se realice una revisión significativa.
2. En caso de que no se haya realizado una revisión significativa desde la presentación anterior, se notificará al HCAI que no se ha realizado ninguna revisión importante.

CONTEXTO DEL REGLAMENTO:

Este reglamento está destinado a cumplir con las siguientes leyes:

- Ley de Reglamentos de Precios Justos de Hospitales de California (HFFP, por sus siglas en inglés), Código de Salud y Seguridad de California § 127400 y siguientes.
- Ley de Reglamentos de Precios Justos para Médicos de Emergencia de California (EPFPP, por sus siglas en inglés), Código de Salud y Seguridad de California § 127450 y siguientes.

Este reglamento constituye el Programa de Atención Caritativa Y Pago con Descuento del Condado. Este reglamento se aplicará de forma coherente a todos los pacientes del Condado.

Esta se aplica únicamente a los Servicios o Suministros Medicamente Necesarios de los proveedores de atención médica del Condado. Una lista de proveedores de atención médica del Condado está disponible a través de las siguientes páginas "Encontrar un proveedor", ("Find A Provider", en inglés):

<https://www.scvmc.org/find-provider> (Santa Clara Valley Medical Center), <https://och.scvh.org/find-provider>

(O'Connor Hospital), y <https://slrh.scvh.org/find-provider> (St. Louise Regional Hospital). Una lista de los hospitales y clínicas del Condado está disponible en: <https://www.scvmc.org/find-health-center>.

Por la presente, se notifica a los pacientes que los médicos de emergencia, tal como se define en la sección 127450 del Código de Salud y Seguridad de California, que brindan servicios médicos de emergencia en las instalaciones del Condado, están obligados por ley a brindar descuentos a los Pacientes que Pagan por Cuenta Propia y a los Pacientes con Altos Costos Médicos que están en o por debajo de 400% del Nivel Federal de Pobreza.

Para obtener una lista de los servicios del Sistema de Salud del Condado de Santa Clara que se pueden comprar, consulte en <https://scvmc.scvh.org/price-transparency-cost-estimator>.

Este reglamento no exime ni altera ninguna disposición contractual o tarifas negociadas por y entre el Condado y un tercero pagador, ni proporciona descuentos a pagadores terceros no contratados u otras entidades que sean legalmente responsables de efectuar el pago en nombre de un beneficiario, persona cubierta o asegurado. Este Reglamento no permite la exención rutinaria de deducibles, copagos y/o coaseguros impuestos por las compañías de seguros a pacientes que no reúnen los requisitos para recibir Atención Médica Caritativa o un Pago con Descuento.

RESPONSABILIDAD:

Las preguntas sobre la implementación de este reglamento deben dirigirse al Director de Servicios Financieros para Pacientes, en 770 South Bascom Avenue, San José, CA 95128 o llamando al (866) 967-4677.

Este reglamento reemplaza los siguientes reglamentos ahora nulos: Escala móvil de VMC #924.0; Programa de Determinación de Capacidad de Pago (APD, por sus siglas en inglés) de HHS #735.0; Reglamento de Asistencia Financiera de O'Connor Hospital #4765025; y Reglamento de Asistencia Financiera de St. Louise Regional Hospital #5424657.

Este reglamento se actualizó por última vez el 12 de diciembre de 2024.

Apéndice A

Gráfica de los Niveles Federales de Pobreza de 2025 (FPL, por sus siglas en inglés)

NIVELES FEDERALES DE POBREZA DE 2025 (FPL)								
Tamaño del hogar	Ingreso (mensual o anual)	100% de Descuento	70 % de Descuento		50% de Descuento		25 % de Descuento	
		Hasta 400% FPL	401 % FPL	449 % FPL	450 % FPL	549 % FPL	550 % FPL	650 % FPL
1	Mensual	\$5,217	\$5,217	\$5,869	\$5,869	\$7,173	\$7,173	\$8,477
	Anual	\$62,600	\$62,601	\$70,424	\$70,425	\$86,074	\$86,075	\$101,725
2	Mensual	\$7,050	\$7,050	\$7,931	\$7,931	\$9,694	\$9,694	\$11,456
	Anual	\$84,600	\$84,601	\$95,174	\$95,175	\$116,324	\$116,325	\$137,475
3	Mensual	\$8,883	\$8,883	\$9,994	\$9,994	\$12,215	\$12,215	\$14,435
	Anual	\$106,600	\$106,601	\$119,924	\$119,925	\$146,574	\$146,575	\$173,225
4	Mensual	\$10,717	\$10,717	\$12,056	\$12,056	\$14,735	\$14,735	\$17,415
	Anual	\$128,600	\$128,601	\$144,674	\$144,675	\$176,824	\$176,825	\$208,975
5	Mensual	\$12,550	\$12,550	\$14,119	\$14,119	\$17,256	\$17,256	\$20,394
	Anual	\$150,600	\$150,601	\$169,424	\$169,425	\$207,074	\$207,075	\$244,725
6	Mensual	\$14,383	\$14,383	\$16,181	\$16,181	\$19,777	\$19,777	\$23,373
	Anual	\$172,600	\$172,601	\$194,174	\$194,175	\$237,324	\$237,325	\$280,475
7	Mensual	\$16,217	\$16,217	\$18,244	\$18,244	\$22,298	\$22,298	\$26,352
	Anual	\$194,600	\$194,601	\$218,924	\$218,925	\$267,574	\$267,575	\$316,225
8	Mensual	\$18,050	\$18,050	\$20,306	\$20,306	\$24,819	\$24,819	\$29,331
	Anual	\$216,600	\$216,601	\$243,674	\$243,675	\$297,824	\$297,825	\$351,975