



## **POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO**

Título Política de Asistencia Financiera (FAP, según sus siglas en inglés) y Política de Descuentos	
ÁREAS/DEPARTAMENTOS IMPACTADOS: Ciclo de Ingresos	
DEPARTAMENTO DE ORIGEN: Ciclo de Ingresos	
FECHA ORIGINAL DE APROBACIÓN: 01/01/2008	FECHA DE LA ÚLTIMA REVISIÓN APROBADA: 09/03/2021
VERSIÓN NÚMERO (generada por PolicyTech): 4	NORMA(S) REGULATORIA(S)

### **PROPÓSITO:**

El objetivo de Barton Health es siempre brindar atención excepcional y a la vez administrar sus recursos de manera responsable. Esto nos permite proveer asistencia financiera a las personas necesitadas. El hospital ha establecido esta política para el Programa de Asistencia Financiera (FAP, según sus siglas en inglés) y descuentos para los servicios prestados por Barton Health.

### **ALCANCE DE SERVICIOS:**

Esta política no crea una obligación para que Barton Health pague por los servicios prestados al paciente por médicos u otros proveedores médicos incluyendo, pero no limitado a, los honorarios de anesthesiólogos, radiólogos y patólogos que no están incluidos en la factura del hospital.

La Política de Atención Benéfica y Descuentos de Barton Health, también conocida como Barton Health FAP y Política de Descuento, proveerá asistencia financiera en la forma de cuotas gratuitas o descontadas para los servicios prestados a pacientes elegibles. Todas las cuentas abiertas en los primeros 12 meses de la facturación inicial serán consideradas para Atención Benéfica y/o pago descontado una vez que se apruebe o niegue la solicitud de FAP.

*\* Los servicios médicamente innecesarios, como los de naturaleza únicamente cosmética, están excluidos de los programas de asistencia financiera del hospital.*

### **DEFINICIONES:**

Cantidad Generalmente Facturada

De acuerdo con esta Política, la cantidad generalmente cobrada (AGB, según sus siglas en inglés), es la

cuota máxima que un paciente elegible para asistencia financiera es responsable de pagar, después de haber aplicado todas las deducciones y se haya restado cualquier cantidad reembolsada por los aseguradores. No se le cobrará a ningún paciente elegible para asistencia financiera más que el AGP para los servicios elegibles provistos. Barton Health calcula el AGB usando las tasas de servicio de Medicare del presente año y el método “retroactivo” descrito en la Sección 4(b)(2) de la IRS y del reglamento final del Departamento de Hacienda 501(r). Barton Health usa datos basados en los reclamos que han sido procesados por el servicio de cobro de Medicare y de seguros comerciales para todos los cuidados médicos durante el último año para determinar el porcentaje de cargos brutos que típicamente están permitidos por parte de estos seguros. Este porcentaje AGB después se multiplica por los cargos brutos para cuidados urgentes y cuidados médicamente necesarios para así poder determinar la cantidad del descuento. En 2021, el porcentaje AGB para servicios ambulatorios y de internación en el hospital es de 32.7%, usando datos del año 2020.

El descuento se aplicará a los cargos brutos o al balance después del pago del seguro y después de haber recibido una solicitud para Asistencia Financiera y posterior a la decisión del Comité sobre Asistencia Financiera. (Cargos brutos X porcentaje AGB = Cantidad ajustada a la Asistencia Financiera o Balance después del pago del seguro X porcentaje AGB = Cantidad ajustada a la Asistencia Financiera.)

#### Solicitante

El solicitante es el paciente individual o el fiador del paciente, según sea aplicable, quien solicita asistencia financiera. Un miembro del hogar, amigo cercano o socio del paciente también puede solicitar que se considere al paciente para recibir asistencia financiera. También puede iniciar una remisión cualquier miembro del personal médico o del establecimiento incluyendo médicos, enfermeras, consejeros financieros, trabajadores sociales, gerentes de casos, capellanes, patrocinadores religiosos, vendedores u otros que podrían estar al tanto de la potencial necesidad económica.

#### Período de Solicitud

El período de solicitud es la fecha más tardía de: (i) 360 días desde la dada de alta del paciente del hospital o la fecha del servicio elegible del paciente o (ii) 240 días desde la fecha de la factura inicial posterior a la dada de alta para el servicio elegible.

#### Deuda Incobrable

La deuda incobrable se refiere a los honorarios que resultan de los servicios prestados a un paciente que se determine como capaz pero no dispuesto a pagar toda o parte de su factura. La deuda incobrable se diferencia de la atención benéfica por la renuencia a pagar (deuda incobrable) versus una incapacidad demostrada para pagar (asistencia financiera).

#### Gasto Médico Catastrófico

Gastos médicos mayores del 40% de los ingresos anuales de la persona calificada.

#### Atención Benéfica

La atención benéfica se refiere a la asistencia financiera completa (es decir, 100% de descuento) para los pacientes calificados o su fiador que libera al paciente o su fiador de toda obligación financiera de pagar por los servicios elegibles. La atención benéfica se puede aplicar a los pacientes sin seguro médico y también a aquellos con seguro, a la responsabilidad del paciente, que incluye los cargos determinados para una estancia hospitalaria no asegurada, coseguro, copago, cantidades deducibles

y otras responsabilidades para servicios hospitalarios médicamente necesarios. La atención benéfica no reduce la cantidad, de haber alguna, que se le puede requerir pagar a una terceraparte por los servicios elegibles provistos al paciente. Conforme esta política, la atención benéfica se diferencia de los descuentos u otras formas de asistencia financiera al tomar en cuenta la cantidad otorgada bajo el programa de asistencia financiera versus una exención completa del saldo de la cuenta(atención benéfica) versus una exención parcial del saldo de la cuenta (descuentos u otras formas de asistencia financiera).

#### Atención con Descuento

La atención con descuento se refiere a la asistencia financiera parcial a pacientes elegibles para liberar al paciente o su fiador de una porción de su obligación financiera de pagar por servicios elegibles (según se definen a continuación). La atención con descuento se determina usando los ingresos del paciente y comparándolos con las normas de pobreza federal (FPL, según sus siglas en inglés). La atención con descuento incluye los servicios a pacientes con costos médicos elevados según se discuten en la sección “Ingresos Familiares del Paciente.” La atención con descuento se puede aplicar a los pacientes sin seguro médico y también a la responsabilidad del paciente para pacientes con seguro, lo cual incluye los cargos determinados para una estancia hospitalaria no asegurada, coseguro, copago, cantidades deducibles y otras responsabilidades para servicios hospitalarios médicamente necesarios. La atención con descuento no reduce la cantidad, de haber alguna, que se requiere que pague una tercera parte por los servicios elegibles provistos al paciente. Los descuentos excluidos del programa de asistencia financiera son los descuentos normales que no se calculan en base a la capacidad de pago.

#### Servicios Elegibles

Los servicios elegibles incluyen toda la atención médica urgente y no urgente, la atención médicamente necesaria prestada por Barton Health en establecimientos operados por Barton Health, incluyendo todos los edificios enumerados en la licencia de cada hospital. Los servicios elegibles también pueden incluir la atención médicamente necesaria no cubierta por parte de cualquier pagador provisto a pacientes cuando los pacientes asumen la responsabilidad de los cargos, como los cargos para los días más allá del límite de estancia, si los beneficios del paciente se han agotado, saldo de cobertura limitada, cuentas pendientes de Medicaid y denegaciones de pagadores. Los servicios elegibles también incluyen servicios prestados a los pacientes por parte de programas federales, estatales o locales de atención para indigentes. Los servicios elegibles excluyen procedimientos electivos, servicios médicos, tratamientos o procedimientos por parte de médicos, a menos de que la lista de proveedores de la política de asistencia financiera incluya al médico o grupo de médicos relevantes y, de ser aplicable, una descripción de los servicios, tratamientos o procedimientos provistos por tal médico o grupo de médicos específicamente cubiertos por esta política.

#### Atención Médica de Urgencia

La atención médica de urgencia se refiere a la atención provista por el establecimiento hospitalario para:

(a) Una condición médica que se manifieste con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluyendo dolor intenso) de tal manera que la ausencia de atención médica inmediata se podría, de manera razonable, esperar que resulte en:

- (i) Poner en grave peligro la salud de la persona (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo no nacido);
- (ii) Deterioro grave de funciones corporales, o

- (iii) Insuficiencia grave de cualquier órgano o parte corporal; o
- (b) Una mujer embarazada con contracciones cuando: (i) No hay suficiente tiempo para efectuar un traslado seguro a otro hospital antes del parto o,
  - (ii) El traslado podría representar una amenaza a la salud o seguridad de la mujer o del niño no nacido.

#### Médico de Urgencias

Un médico de urgencias es un médico o cirujano licenciado acreditado por un hospital de Barton Health que es empleado o ha sido contratado (incluyendo a través de un grupo médico contratado) por el hospital para proporcionar atención médica de urgencias en el Departamento de Urgencias del hospital. El término “médico de urgencias” no incluye a un médico especialista a quien se le llama al Departamento de Urgencias, quien esté en plantilla o quien tenga privilegios en el hospital fuera del Departamento de Urgencias.

#### Gastos Esenciales de Manutención

Los gastos esenciales de manutención son gastos para cualquiera de lo siguiente: renta o pago de vivienda y mantenimiento, comida y suministros caseros, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguro, escuela o cuidado de niños, manutención de niños o de cónyuge, transporte y gastos de automóvil incluyendo seguro, gasolina y reparaciones, pagos a plazos, lavandería y limpieza y otros gastos extraordinarios.

Acciones Extraordinarias de Cobranza (ECA, según sus siglas en inglés)

***Barton Health no participará en acciones extraordinarias de cobranza mientras se determine su elegibilidad para recibir asistencia financiera.***

Los ECA incluyen lo siguiente:

- (a) Vender la deuda de una persona a otra parte, salvo excepción prevista en la ley federal.
- (b) Reportar información adversa acerca de la persona a las agencias de crédito del consumidor.
- (c) Postergar, negar, o requerir pago antes de proveer atención médicamente necesaria debido a la falta de pago por una persona de una o más facturas por servicios prestados con anterioridad y cubiertos bajo la política de asistencia financiera del hospital. Ciertas acciones que requieren un proceso legal o judicial según previsto en la ley federal, incluyendo algunos embargos, juicios hipotecarios, colocaciones/incautaciones, iniciar una acción civil, causar que una persona sea sujeta a un mandato de embargo del salario de una persona.

Los ECA no incluyen un gravamen al cual tiene derecho el hospital para afirmar bajo ley estatal que procede de una resolución judicial, solución o avenencia que se le debe a una persona (o a su representante) como resultado de lesiones personales para las cuales el hospital haya prestado atención. Nivel Federal de Pobreza (FPL, según sus siglas en inglés)

El FPL se define por las normas de pobreza que se actualizan periódicamente en el Registro Federal por los HHS bajo la autoridad de la Subsección 2 de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos. Las normas actuales de la FPL se pueden encontrar en: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

#### Asistencia Financiera

Atención benéfica, la atención con descuento u otras formas de asistencia financiera, según descritas en esta política.

#### Lista de Proveedores de la Política de Asistencia Financiera

Una lista que se encuentra en la página web del establecimiento que enumera el médico relevante o el grupo de médicos relevantes específicamente cubiertos por esta política.

#### Cargos Brutos

Los cargos brutos (también conocidos como “cargos totales”), quiere decir la cantidad enumerada por la “*chargemaster*” para cada servicio elegible en el establecimiento hospitalario de Barton Health.

#### Ingreso

El Ingreso Bruto Ajustado Modificado (MAGI, según sus siglas en inglés) definido por la IRS.

#### Atención Medicamente Necesaria

Los servicios, suministros y otros servicios de atención médica hospitalaria al grado expresamente provisto de acuerdo a esta política necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición o sus síntomas y que cumplan con las normas aceptadas de práctica médica. La atención medicamente necesaria no incluye atención relacionada a procedimientos cosméticos con la única intención de mejorar el aspecto estético de una parte corporal con funcionamiento normal.

#### Familia del Paciente

La familia del paciente incluye al paciente y:

(a) Para personas de 18 años y mayores, un cónyuge o pareja doméstica según se define en la Sección 297 del Código Familiar de California e hijos dependientes menores de 21 años que vivan o no en la casa.

(b) Para personas menores de 18 años, un padre, parientes que lo cuidan y otros niños menores de 21 años de edad del padre o pariente que lo cuida. Ingresos de la Familia del Paciente

Los ingresos anuales ganados por la familia del paciente en los 12 meses anteriores a la fecha en que se proporcionó la atención en Barton Health.

#### Paciente con Altos Costos Médicos

Un paciente con cobertura de salud y que también satisfaga uno de los dos siguientes criterios:

(a) Gastos en efectivo incurridos por la persona en el hospital que excedan el 10% de los ingresos familiares del paciente (definido a continuación) en los 12 meses anteriores; o

(b) Gastos médicos en efectivo que excedan el 10% de los ingresos familiares del paciente si el paciente proporciona documentación de los gastos médicos pagados por el paciente o su familia en los 12 meses anteriores.

#### Determinación de Presunta Elegibilidad

La determinación de presunta elegibilidad se refiere al proceso de determinar la elegibilidad del paciente en cuanto a recibir asistencia financiera calculada en base a la información adicional provista por el paciente como calificación en otros programas de asistencia social, programas federales, estatales o locales de atención indigente administrada, condición de personas sin hogar o basado en una determinación previa de elegibilidad para recibir asistencia financiera. (Tenga en cuenta que las referencias a la “presunta elegibilidad” en esta política se refieren a la presunta elegibilidad para asistencia financiera y no a la presunta elegibilidad para Medi-Cal del hospital, a menos de que se

especifique de otra manera). En aquellos casos en que Barton no obtiene colillas de cheque recientes o declaraciones de impuestos (por ej., residentes sin hogar e indocumentados), Barton Health puede utilizar un proceso de determinación de presunta elegibilidad para proveer atención benéfica o atención con descuento con respecto a cualquier categoría de asistencia financiera. Al hacer una determinación de presunta elegibilidad, Barton Health puede utilizar información de vendedores de terceras partes que utilizan bases de datos públicamente disponibles para calcular si un paciente tiene derecho a asistencia financiera. Este proceso evaluativo está diseñado para emular la solicitud de asistencia financiera de Barton Health y la información que se recibe por medio de este proceso constituirá documentación adecuada cuando no haya información adicional disponible del paciente. El proceso provee un estimado de los ingresos familiares del paciente, el tamaño de la familia y analiza otros factores relacionados a la necesidad financiera del paciente. Barton les notificará a los pacientes que reciban presuntos descuentos de la base para la determinación presuntiva de elegibilidad de FAP y ellos podrían solicitar asistencia más generosa (según este FAP).

#### Presunta Elegibilidad de Pacientes Asegurados por Medi-Cal

Se presume que un paciente con cobertura médica de Medi-Cal u otro programa de Medicaid tenga ingresos por debajo del índice federal de pobreza requerido para recibir asistencia financiera de acuerdo a esta política. Se le puede otorgar asistencia financiera a pacientes en base únicamente a la cobertura de salud bajo Medi-Cal u otros programas de Medicaid. La exención de saldos de cuentas conforme esta política para pacientes con cobertura médica de Medi-Cal u otro programa de Medicaid, nunca incluirá una exención del costo compartido del paciente. Ya que el costo compartido del paciente se considera una condición de cobertura, se les informará a los pacientes que esta cantidad no está sujeta a la exención o asistencia financiera.

#### Plan de Pago Razonable

Un plan de pago razonable es un plan mensual de pagos a plazos con pagos que no representen más del 10% del ingreso mensual familiar del paciente, después de excluir deducciones para gastos esenciales de manutención (según se define arriba).

#### Costo Compartido

Una cantidad predeterminada de gastos de atención médica en los que debe incurrir un paciente con cobertura médica de Medi-Cal u otro programa de Medicaid antes de calificar para recibir beneficios de Medi-Cal. Como parte de esta política, no se permite descontar o cancelar estas cantidades.

#### Áreas de Servicio

Las áreas principales de servicio de Barton Health están compuestas de pacientes que residen en los códigos postales: 96150, 96151, 96158, 95721, 95735, 96141, 96142, 96155, 89448, 89449 y 89413. Las áreas secundarias de servicio de Barton Health están compuestas de pacientes que residen en los códigos postales: 96161, 95724, 96145, 96140, 96143, 96146, 96141, 89450, 89451, 89704, 89706, 89701, 89703, 89705, 89411, 89423, 89460, 89410, 96120, 95646, 95720, 93516 y 93514.

#### Paciente sin Seguro

Un paciente sin seguro es un paciente que no tenga cobertura médica de un asegurador de salud, plan de servicio de atención médica o programa de atención médica patrocinado por el gobierno (por ej., Medicare, Medi-Cal o Medicaid), y cuya lesión no es compensable para fines de compensación del trabajador, seguro de automóvil u otro seguro según lo determine y documente el hospital. Se considera sin seguro a un paciente que tenga seguro si el seguro no cubre o deniega servicios médicos necesarios.

Pacientes sin Seguro con un Portador que no esté Bajo Contrato con Barton

La administración ejecutiva de Barton realizará las negociaciones con los portadores de seguro que involucren relaciones contractuales inferidas para los pacientes que no estén bajo contrato con Barton. Aunque Barton puede acordar a los términos de las negociaciones con compañías de seguro, una relación contractual inferida no es representativa de un paciente “bajo contrato” con Barton. Todas las cantidades no reembolsadas constituyen una forma de asistencia financiera al paciente a medida que Barton considere la porción del paciente como no asegurada y se determina como la diferencia entre los cargos hospitalarios brutos y el reembolso hospitalario. Cualquier atención provista a un caso actual o presuntivo de COVID-19 se provee a una cantidad no mayor de la que se le hubiera cobrado al paciente si la atención hubiera sido provista por un proveedor de la red.

### **SOLICITACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA:**

Un paciente, fiador del paciente u otro representante designado por el paciente puede solicitar asistencia financiera en cualquier momento durante el período de solicitud. Si la solicitud se presenta después de finalizado el período de solicitud (definido anteriormente), Barton Health puede denegar la solicitud. Sin embargo, Barton Health considera las razones por las cuales no se entabló la solicitud durante el período de solicitud y podría procesarla si determina que el solicitante actuó de manera razonable, aunque la solicitud no se presentara a tiempo.

La planilla de solicitud estandarizada de Barton Health se usará para documentar la situación financiera general de cada paciente. La solicitud de asistencia financiera estará disponible en los idiomas primarios del área del servicio de Barton Memorial Hospital.

Se puede obtener la solicitud FAP de Barton Health en cualquier punto de servicio/área de registro dentro del hospital o comunicándose con el Departamento de Servicio al Cliente del hospital al 530-543- 5930, ubicado en 1111 Emerald Bay Road, South Lake Tahoe, California 96150. La política y la solicitud de FAP de Barton Health se puede encontrar en la página web de Barton Health en <https://www.bartonhealth.org/tahoe/financial-aid.aspx> y en la página web pública de California Office of Statewide Health and Planning and Development (OSHPD) web site <https://syfphr.oshpd.ca.gov/>.

### **DETERMINACIÓN Y NOTIFICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA**

#### **1. Documentación, Residencia y Cómo Presentar la Solicitud de FAP**

Barton Health considerará la solicitud de FAP de cada solicitante una vez completados todos los requisitos de documentación y residencia. La documentación de ingresos con fines de determinar la elegibilidad para la atención benéfica se limita a las colillas de pago recientes o las declaraciones de impuestos. Un paciente debe hacer “todos los esfuerzos razonables” para proveer documentación de ingresos y cobertura de beneficios de salud. En algunos casos, (por ej., residentes sin hogar o indocumentados), Barton Health puede utilizar determinaciones de presunta elegibilidad (según se discutió con anterioridad). Los pacientes que soliciten asistencia financiera deben residir en las áreas de servicio primarias y secundarias de Barton Health, aunque se pueden hacer excepciones a este requisito debido a circunstancias especiales en que la cantidad de costos médicos se podrían considerar como catastróficos.

El Departamento de Servicio al Cliente de Barton Health ayudará al paciente a calificar para seguro privado o público que podría cubrir completa o parcialmente los cargos por la atención prestada por el hospital al proveer solicitudes a programas del gobierno y acceso al consejero financiero del hospital. Los programas incluyen seguro de salud privado o público o patrocinio, pero no están limitados a: seguro médico privado, incluyendo cobertura ofrecida a través de California Health Benefit Exchange (Covered California), Medicare, Medi-Cal, Healthy Families, California Children's Services (CCS), y otros programas financiados por el estado designados para proveer cobertura de salud.

Un paciente puede continuar con el proceso de solicitud de FAP para recibir atención benéfica mientras esté pendiente cualquier solicitud para financiamiento privado o público.

El consejero financiero de pacientes de Barton Health puede denegar la solicitud del paciente si la misma no se recibe dentro del período de solicitud o si no se provee la documentación necesaria de manera oportuna según las normas de FAP.

## **2. Notificación de Elegibilidad**

Se determinará la elegibilidad para recibir asistencia financiera lo más cerca posible al tiempo del servicio, pero no hay límite de tiempo rígido debido a los requisitos de solicitud.

En algunos casos, es posible que no se haya identificado a un paciente elegible para asistencia financiera hasta el inicio de acción externa de cobranza de deuda. Se le informará a la agencia externa de Barton Health acerca de esta política y, de ser elegible, puede que se devuelva la cuenta del paciente al departamento de servicio al cliente del hospital. Una agencia externa de cobranza tendrá que cumplir con la definición del hospital de un paciente calificado financieramente, incluyendo la definición del hospital de un "plan de pagos razonable".

Barton Health tiene una política escrita que define las normas y prácticas para la cobranza de deudas y obtendrá un acuerdo escrito de cualquier agencia que tenga cuentas por cobrar que acatará con las normas y alcance de prácticas del hospital. Esta política no entrará en conflicto con otras leyes aplicables y no será interpretada como la creación de una empresa conjunta entre el hospital y la entidad externa. De otro modo, tampoco permitirá que el hospital gobierne una entidad externa que cobre las cuentas por cobrar del hospital.

Una vez realizada una determinación de elegibilidad para atención benéfica, se enviará una planilla de notificación de Barton Health por correo al solicitante, informándole de la decisión.

## **3. Solución de Conflictos**

Barton Health puede negar la elegibilidad de un paciente para recibir beneficios de atención benéfica, ya sea porque el paciente no es elegible financieramente o porque el paciente no proporcionó la documentación requerida para calificar.

Un paciente puede solicitar revisar y apelar la descalificación al notificarle al director del ciclo de ingresos del hospital (o su designado) del conflicto y apelar la decisión inicial. El director del ciclo de



ingresos (o su designado) revisará la apelación escrita por el paciente y le informará al paciente de una decisión por escrito en un plazo de treinta (30) días de recibo de la notificación de apelación escrita del paciente.

Las cartas de apelación se pueden dejar en el departamento de servicio al cliente de Barton Health ubicado en 1111 Emerald Bay Road en South Lake Tahoe o enviado por correo a:

*Barton Healthcare System Revenue Cycle Director*

*P.O. Box 9578*

*South Lake Tahoe, CA 96158*

## **PROGRAMAS Y ASISTENCIA FINANCIERA DISPONIBLES A LOS PACIENTES CON CAPACIDAD ECONÓMICA**

**A. Atención Benéfica Completa:** Los pacientes con capacidad financiera son elegibles para recibir atención benéfica completa siempre y cuando demuestren que cumplen con los requisitos de elegibilidad de ingresos. La atención benéfica completa se refiere a atención gratuita para los cobros sin descuento de Barton Health por los servicios cubiertos. Para calificar para recibir atención benéfica completa, el paciente o su fiador deben completar una solicitud y proveer todos los documentos requeridos. Un paciente o su fiador no tiene una fuente de pago para cualquier porción de sus gastos médicos. Las fuentes de pago incluyen, sin limitación, seguro comercial o de otra naturaleza, programas de beneficio de atención médica patrocinados por el gobierno y portadores de responsabilidad de terceras partes.

**B. Plan Extendido de Pagos:** En la medida en que un paciente con capacidad financiera no califique para atención de caridad completa, por ej., al no entregar a tiempo una solicitud de FAP, se le puede ofrecer al paciente con capacidad financiera un plan de pagos extendido para cualquier saldo pendiente. El plan extendido de pagos será negociado entre el Departamento de Servicio al Cliente de Barton Memorial Hospital y el paciente.

Si el Departamento de Servicio al Cliente y el paciente no pueden acordar términos para un plan razonable de pago, se establecerán pagos mensuales que no excedan el 10% de los ingresos mensuales familiares del paciente, excluyendo deducciones para los gastos esenciales de manutención.

Una vez establecido un plan extendido de pagos, Barton Memorial Hospital puede invalidar el plan de pagos si el paciente no hace todos los pagos consecutivos adeudados durante un período de 90 días. Antes de invalidar un plan extendido de pagos, el departamento de servicio al cliente:

1. Tratará de contactar al paciente por teléfono.
2. De no haber respuesta, Barton Memorial Hospital enviará una declaración final; posteriormente se invalidará el plan extendido de pagos y, de solicitarlo, se le

informará al paciente de la oportunidad de renegociar el plan de pagos.

La notificación y la llamada telefónica se harán a la última dirección y teléfono conocido del paciente y el paciente tendrá 30 días desde la notificación y llamada de Barton Memorial Hospital para responder y detener la terminación del plan actual de pagos extendidos.

**C. Política de Fijación de Precios Justos de Médicos de Urgencias:** Los médicos del Departamento de Urgencias de Barton Memorial Hospital tienen una política de pago de descuento que el hospital pondrá a la disposición al paciente o su fiador a su solicitud. Estas políticas de fijación de precios justos de médicos de urgencias coincidirán con el índice de pobreza federal actual del hospital. Para más información acerca de la política de fijación de precios justos de médicos de urgencias, el paciente puede solicitar un volante informativo o contactar a:

- Intermedix (compañía de facturación de médicos de urgencia) al 800-225-0953
- Departamento de Servicio al Cliente de Barton Memorial Hospital al 530-543-5930

## **DESCUENTOS DISPONIBLES**

### **Atención Médica con Descuentos**

Barton Memorial Hospital ofrece asistencia financiera parcial a pacientes calificados que pagan por cuenta propia para aliviar al paciente o su fiador de una porción de su obligación financiera de pagar por servicios elegibles.

### **Descuento para Pacientes sin Seguro:**

Barton Memorial Hospital aplicará un descuento de 30% a toda la responsabilidad de pacientes sin seguro.

## **DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN IMPORTANTE ADICIONAL ACERCA DE LA ASISTENCIA FINANCIERA**

**1. Notificaciones Escritas a los Pacientes:** Las notificaciones de información acerca de las políticas de descuento y de atención benéfica de Barton Memorial Hospital incluirán información de elegibilidad y contacto y dónde puede solicitar información adicional. Las notificaciones incluirán información acerca de los descuentos disponibles para los médicos de urgencias. Las notificaciones estarán disponibles al momento de ingreso, durante el registro, a solicitud y en la dada de alta. Las notificaciones estarán disponibles en los idiomas principales del área de servicio de Barton Memorial Hospital para todos los pacientes que reciban servicios, incluyendo pacientes internos, auxiliares, de emergencia, de consulta externa, quirúrgicos y servicios recurrentes como terapia física y terapia de infusión.

**2. Estimaciones Escritas del Hospital:** A solicitud, Barton Memorial Hospital proveerá una estimación escrita del monto que requiere el hospital del paciente para pagar por los servicios o suministros esperados. El requisito de solicitud de estimación es aplicable a todos los pacientes sin cobertura de salud, sin importar si el paciente satisface los criterios para recibir beneficios

totales de atención descontada. Las estimaciones se pueden obtener al contactar al Departamento de Autorización de Barton Memorial Hospital al (530) 543-5715 durante horas hábiles.

*\* Los servicios de urgencia son exentos del requisito de estimación escrita.*

**3. Anuncios:** Los anuncios de la política del hospital para los pacientes financieramente calificados y los pacientes de pago propio estarán a la vista en el Departamento de Urgencias de Barton Memorial Hospital, en el Departamento de Servicio al Cliente, en los sitios de ingreso y en los departamentos auxiliares ambulatorios que brindan servicios directamente a pacientes.

**4. Provisión de Solicitudes:** Barton Memorial Hospital proveerá solicitudes de Medi-Cal, Healthy Families, y cobertura a través de California Health Benefit Exchange (Covered California) y cualquier otro programa de cobertura de salud disponible a través del condado y el estado. Se les proveerán las solicitudes a los pacientes sin cobertura indicados por un pagador de tercera parte o a quienes soliciten asistencia financiera. Se proveerán las solicitudes antes de la dada de alta a pacientes ambulatorios y a los pacientes que reciban atención de urgencia o en condición de paciente ambulatorio.

**5. Información para Pacientes sin Cobertura de Terceras Partes:** Barton Memorial Hospital incluirá un resumen acerca del programa de asistencia financiera que incluya los cargos para los servicios prestados y se le enviará al paciente.

**6. Crisis de Acceso a la Atención de Salud:** El liderazgo de Barton Health debe proclamar una “Crisis de atención de acceso a la atención de salud” la cual deberá ser aprobada por la Junta Directiva y adjunta a este documento de asistencia financiera al paciente como un anexo. Una crisis de atención de acceso a la atención de salud puede estar relacionada a una situación de emergencia en que se modifiquen los reglamentos estatales o federales para responder a las necesidades inmediatas de atención de salud de la comunidad de un hospital durante una crisis de acceso a la atención de salud. Durante la misma, Barton Health puede “flexibilizar” su política de asistencia financiera al paciente para satisfacer las necesidades de una comunidad en crisis. Estos cambios serán incluidos en la política de asistencia financiera al paciente como un anexo. Los descuentos al paciente relacionados con una crisis de acceso a la atención de salud se proporcionarán en el momento de la crisis sin importar la fecha de esta política (ya que el liderazgo del hospital podría no poder responder con suficiente rapidez para actualizar la política para satisfacer las necesidades más urgentes durante una crisis de acceso a la atención de salud).

**7. Confidencialidad del Paciente:** Toda la información financiera del paciente obtenida con el propósito de determinar su elegibilidad para el programa de asistencia financiera de Barton Memorial Hospital no se utilizará en la cobranza del proceso de deudas.

Toda la información financiera del paciente obtenida para el Programa de asistencia financiera y la política de descuentos será asegurada bajo los requisitos de privacidad y HIPAA. La divulgación de tal

información se limitará al personal involucrado con el programa de asistencia financiera y la política de descuentos. La divulgación no autorizada de la información financiera confidencial del paciente se prohíbe estrictamente y resultará en acción disciplinaria.

**REFERENCIAS**

Título 22, Código de Reglamento de California División 5

Secciones 127400-127462 del Código de Salud y Seguridad de California

Asociación de Hospitales de California- Políticas de Asistencia Financiera

IRC Sección 501(r) Reglamentos finales

Autor del documento:	Jackie Kyhl (Directora de Ciclo de Ingresos)
Dueño del documento:	Jackie Kyhl (Directora de Ciclo de Ingresos)
Revisor(es):	Diane Roeser-Kinney (Servicio al cliente/Cobranzas de fiador (Gerente) Gary Colton (Cumplimiento Corporativo y Seguridad Informática), Jennifer Wilson (Gerente de Acceso del Paciente y Centro de Servicios al Paciente), Mary Quenzer (Facturación de Médicos y Gerente de Servicios al Cliente)
Aprobador(es):	Gary Colton (Cumplimiento Corporativo y Seguridad Informática), Jackie Kyhl (Directora de Ciclo de Ingresos), Kelly Neiger (Directora de Finanzas)