



POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO

<u>DEPARTAMENTO:</u> Ciclo de Ingresos		<u>FECHA ORIGINAL DE ENTRADA EN VIGOR:</u> 01/01/2008
<u>TÍTULO:</u> Financial Assistance Program (FAP) and Discount Policy		<u>FECHA DE APROBACIÓN DE LA REVISIÓN:</u> 01/03/2020
NÚMERO DE VERSIÓN: 2	<u>No. de norma reglamentaria:</u>	<u>FECHA DE LA ÚLTIMA REVISIÓN:</u> 01/03/2020
Fecha de la última revisión previa a Policy Tech: 02/27/2017		

PROPÓSITO:

Barton Memorial Hospital ofrece una atención excepcional y al mismo tiempo administra sus recursos de manera responsable. Esto permite que Barton Memorial Hospital brinde ayuda financiera para las personas que la necesiten. Barton Memorial Health ha establecido esta política respecto al Programa de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés) y descuentos para los servicios brindados por Barton Memorial Hospital.

ALCANCE DE LOS SERVICIOS:

Esta política no genera la obligación de que Barton Memorial Hospital pague por los servicios brindados a los(as) pacientes por parte de médicos(as) u otros proveedores (as) médicos (as) incluidos, entre otros, los honorarios de anesthesiólogos(as), radiólogos(as) y patólogos(as) que no se incluyen en la factura del hospital.

La política de atención de beneficencia y de pago con descuento de Barton Memorial Hospital, también conocida como Programa de Asistencia Financiera y Descuento de Barton Memorial Hospital (FAP), brindará ayuda financiera en forma de tarifas gratuitas o con descuento para los servicios que se otorgan a los(as) pacientes que cumplen con los requisitos. Todas las cuentas que se abran en los primeros 12 meses desde el inicio de la fractura serán consideradas para la atención de beneficencia y/o el pago con descuento una vez que se apruebe o niegue la solicitud del Programa de Asistencia Financiera.

**servicios médicos innecesarios, tales como los servicios cosméticos, estarán excluidos del programa de Asistencia Financiera.*

DEFINICIONES:

Paciente: persona que ingresó formalmente a Barton Memorial Hospital o que se registró o fue aceptado(a) como paciente ambulatorio.

Familia del/de la paciente: para pacientes mayores de 18 años, la familia incluye al/a la cónyuge del/de la paciente, la pareja de hecho y a los(as) hijos(as) a su cargo menores de 21 años, vivan o no vivan en el hogar. Para los(as) pacientes menores de 18 años, la familia incluye a los padres del paciente, a un(una) familiar a cargo y a otros hijos (menores de 21 años) de los padres o el/la familiar a cargo.

Paciente que califica financieramente: Un(a) paciente que tiene ingresos familiares que no exceden el 400 por ciento del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés).

Paciente que paga por cuenta propia: Los(as) pacientes que pagan por cuenta propia no tienen otra forma de cubrir los servicios médicos. El/la paciente no cuenta con un seguro médico, un plan de servicios de atención médica, Medicare o Medicaid, y su lesión no es susceptible de indemnización por accidente de trabajo, seguro de automóvil u otro seguro según lo determine y documente el hospital.

SOLICITAR ASISTENCIA FINANCIERA:

El formulario estándar de solicitud de Barton Memorial Hospital se usará para documentar la situación financiera general de cada paciente. Este formulario estará disponible en los idiomas principales del área de servicio de Barton Memorial Hospital.

La solicitud para el Programa de Asistencia Financiera de Barton Memorial Hospital se puede obtener en cualquier punto de servicio/área de registro dentro del hospital o comunicándose con el departamento de atención al cliente del hospital al 530-543-5930, que se encuentra en 1111 Emerald Bay Road, South Lake Tahoe, California 96150. La política y la solicitud del Programa de Asistencia Financiera de Barton Memorial Hospital se pueden encontrar en el sitio web de Barton Memorial Hospital en www.es.bartonhealth.org y en el sitio web de la Oficina de Planificación y Desarrollo de la Salud Pública del estado de California (OSHPD, por sus siglas en inglés) en <https://syfphr.oshpd.ca.gov/>.

DETERMINACIÓN Y AVISO DE LA ASISTENCIA FINANCIERA:

1. Documentación y presentación de la solicitud FAP:

Barton Memorial Hospital considerará todas las solicitudes para el Programa de Asistencia Financiera (FAP) que se completen con la documentación requerida. La documentación de ingresos para determinar la elegibilidad para la asistencia de beneficencia se limita a los recibos de pagos recientes o a la declaración de impuesto sobre la renta. El/la paciente debe “hacer todo esfuerzo razonable” para entregar la documentación de ingresos y la cobertura de beneficios de salud.

El departamento de atención al cliente de Barton Memorial Hospital ayudará al/a la paciente a calificar para el seguro de salud público o privado o para un patrocinio que pueda cubrir completa o parcialmente los cargos por la atención brindada por el hospital proporcionándole solicitudes para programas de gobierno y acceso a los asesores financieros del hospital. Los

programas incluyen seguros de salud públicos y privados o patrocinios, pero no se limitan a: seguro de salud privado, incluidos la cobertura ofrecida a través del Intercambio de Beneficios de Salud de California (Covered California), Medicare, Medi-Cal, Health Families, California Children's Services (CCS) y "otros programas que financia el estado diseñados para proporcionar cobertura médica".

El/la paciente puede continuar con el proceso de solicitud de FAP para asistencia de beneficencia o asistencia parcial de beneficencia mientras esté pendiente otra solicitud de financiamiento de salud privado o público.

El departamento de atención al cliente de Barton Memorial Hospital puede rechazar la solicitud del/de la paciente si no se proporciona la documentación necesaria para determinar la elegibilidad de acuerdo con las pautas del Programa de Asistencia Financiera.

Es necesario llenar a tiempo la solicitud para el Programa de Asistencia Financiera (FAP) para considerar la elegibilidad. El tiempo para que un(a) paciente cumpla con la presentación oportuna de la solicitud es de 150 días después de que el estado de cuenta inicial se envíe al/a la paciente. El departamento de atención al cliente considerará las circunstancias por las que el/la paciente no pudo proporcionar la documentación solicitada.

Si un(a) paciente/aval no completa el formulario de solicitud en los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud FAP, servicio al cliente notificará al/a la paciente y es posible que apruebe 60 días adicionales para completar la solicitud FAP. Una vez transcurridos los 60 días adicionales, se enviará una notificación final para regresar la solicitud FAP a Barton Memorial Hospital para que se procese. Si no cumple con los plazos, es posible que se le niegue la asistencia financiera.

2. Notificación de elegibilidad

La elegibilidad para la asistencia financiera se determinará en el momento más cercano posible al servicio, pero no existe un límite de tiempo rígido debido a los requisitos de la solicitud.

En algunos casos, es posible que un(a) paciente que cumple con los requisitos para la asistencia financiera no se identifique antes de iniciar la acción de cobranza externa. Se debe informar a la agencia externa de Barton Memorial Hospital acerca de esta política y, si califica, puede devolver la(s) cuenta(s) del/de la paciente al departamento de atención al cliente del hospital. La agencia de cobranza externa debe cumplir con la definición del hospital de paciente que califica financieramente, incluida la definición del hospital de "plan de pagos razonable".

Barton Memorial Hospital tiene una política escrita que define las normas y las prácticas para el cobro de la deuda y obtendrá un acuerdo por escrito de cualquier agencia que cobre los créditos del hospital, en el que declare que se adherirá a las normas y al alcance de la práctica del hospital. La política no interferirá con otra normativa vigente y no se interpretará para crear un negocio conjunto entre el hospital y la entidad externa o, de otra manera, para permitir la gestión del hospital sobre una entidad externa que cobra los créditos del hospital.

Cuando se determine la elegibilidad para asistencia beneficencia, Barton Memorial Hospital enviará un formulario de notificación al solicitante para informarle la decisión.

3. Resolución de disputas:

Barton Memorial Hospital puede negar los beneficios de asistencia de beneficencia ya sea porque el/la paciente no califica financieramente o porque el/la paciente no entregó la documentación que se requiere para calificar para la asistencia.

Un(a) paciente puede pedir una revisión y apelar la descalificación notificando la base de la disputa al/a la director(a) del departamento de ciclo de ingresos del hospital (o a la persona designada) y apelando la decisión inicial. El/la director(a) del departamento de ciclo de ingresos (o a la persona designada) revisará la apelación por escrito del/de la paciente e informará al/a la paciente la decisión por escrito dentro de treinta (30) días posteriores a la recepción del aviso de apelación por escrito del/de la paciente.

Las cartas de apelación se pueden entregar al departamento de atención al cliente de Barton Memorial Hospital que se encuentra en 1111 Emerald Bay Road en South Lake Tahoe o se pueden enviar por correo a:

*Barton Healthcare System
Revenue Cycle Director
P.O. Box 9578
South Lake Tahoe, CA 96158*

PROGRAMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA LOS(AS) PACIENTES QUE CALIFICAN FINANCIERAMENTE

- A. Atención de beneficencia completa:** Los/las paciente (s) que califican financieramente para la atención de beneficencia completa debe cumplir con los requisitos de ingresos para calificar para la atención de beneficencia. La atención de beneficencia completa es una atención gratuita para los cargos no descontados de Barton Memorial Hospital por los servicios cubiertos.

Para calificar financieramente para la atención de beneficencia completa, un(a) paciente/aval debe completar la solicitud y entregar la documentación requerida. El/La paciente/aval no cuenta con una forma de pago para ningún porcentaje de sus gastos médicos. Las formas de pago incluyen, entre otras, un seguro comercial o de otro tipo, programas de beneficios de salud auspiciados por el gobierno o por operadores de responsabilidades de terceros.

- B. Plan de pagos extendido:** En la medida que un(a) paciente que califica financieramente, pero no califica para la atención de beneficencia completa, es decir, no entregó la solicitud FAP de manera oportuna, se le ofrecerá un plan de pagos extendido sin intereses para el saldo adeudado a el/la paciente que califica financieramente. El departamento de atención al cliente de Barton Memorial Hospital negociará el plan de pagos extendido con el/la paciente.

Si el departamento de atención al cliente y el/la paciente no llegan a un acuerdo en términos de un plan de pagos razonable, se establecerán pagos mensuales que no excedan el diez por ciento de los ingresos familiares del/de la paciente en un mes, excluyendo las deducciones por gastos de vida básicos.

Una vez que se establezca un plan de pagos, Barton Memorial Hospital puede considerar el plan de pagos nulo o inválido si el/la paciente no realiza todos los pagos consecutivos debidos durante un período de 90 días. Antes de terminar el plan de pagos extendido, el departamento de atención al cliente

debe:

1. Tratará de comunicarse por vía telefónica con el/la paciente.
2. Notificará por escrito que el plan de pagos extendido puede terminar e informará al/a la paciente sobre la oportunidad de renegociar el plan de pagos si el/la paciente lo solicita.

El aviso y la llamada telefónica se harán al último número de teléfono conocido y a la última dirección conocida del/de la paciente. El/la paciente tendrá 30 días a partir del aviso y de la llamada telefónica de Barton Memorial Hospital para responder y detener la terminación del plan de pagos extendido actual.

C. Política de precios justos para los médicos de urgencias: Los médicos del departamento de urgencias de Barton Memorial Hospital tienen una política de pago con descuento que el hospital pondrá a disposición del/de la paciente/aval cuando lo solicite. La Política de precios justos para los médicos de urgencias coincidirá con el nivel federal de pobreza actual del hospital. Para más información sobre la política de precios justos para los médicos de urgencias, el/la paciente puede pedir el folleto de precios justos para médicos de urgencias comunicándose con:

- Intermedix (empresa de facturación para los médicos de urgencias) al 800-225-0953
- Departamento de atención al cliente de Barton Memorial Hospital al 530-543-5930

Descuentos Disponibles

Descuentos a la atención médica:

Barton Memorial Hospital ofrece asistencia de beneficencia parcial para los/las paciente(s) que califican y pagan por cuenta propia, para aliviar a paciente(s)/aval de una parte de su obligación financiera de pagar los servicios elegibles.

Descuentos para pacientes sin seguro:

Barton Memorial Hospital aplicará el 30% de descuento a la deuda del paciente sin seguro médico.

INFORMACIÓN ADICIONAL IMPORTANTE SOBRE LA DISPONIBILIDAD DE ASISTENCIA FINANCIERA

1. **Aviso escrito para los(as) pacientes:** Los avisos de información sobre las políticas de asistencia de beneficencia de descuentos de Barton Memorial Hospital incluirán la elegibilidad, la información de contacto y el lugar donde pedir información adicional. Los avisos contendrán información sobre los descuentos disponibles para los médicos de urgencias. Los avisos estarán disponibles al momento del preingreso, del registro, bajo petición y al momento del alta del servicio. Los avisos estarán a disposición en los idiomas principales del área de servicio de Barton Memorial Hospital para todos(as) los(as) pacientes que reciben los servicios, incluidos la asistencia hospitalaria, los servicios complementarios, de urgencias, ambulatorios, quirúrgicos y recurrentes, tales como la terapia física y la terapia de infusión.
2. **Presupuesto escrito del hospital:** Bajo petición, Barton Memorial Hospital entregará un presupuesto escrito del monto que el/la paciente deberá pagar al hospital por los servicios/suministros que se espera que se brinden. El requisito de solicitar un presupuesto aplica para todos los(as) pacientes que no tienen cobertura de salud, independientemente de que el/la paciente cumpla con los criterios para los beneficios de asistencia de beneficencia. Los presupuestos se pueden obtener contactando al

departamento de autorizaciones de Barton Memorial Hospital al (530) 543-5715, en horario normal de oficina.

**Los servicios de urgencias están exentos del requisito de presupuesto escrito.*

3. **Avisos publicados:** Los avisos de la política del hospital para pacientes que califican financieramente y pacientes que pagan por cuenta propia se publicarán en el departamento de urgencias, el departamento de atención al cliente, los sitios de admisiones y los departamentos ambulatorios complementarios que proporcionan servicios directamente a los(as) pacientes de Barton Memorial Hospital.
4. **Ofrecer solicitudes:** Barton Memorial Hospital ofrecerá solicitudes para Medi-Cal, Healthy Families y la cobertura por medio del Intercambio de Beneficios de Salud de California (Covered California) o cualquier otro programa de cobertura médica financiado por el estado o por el condado. Las solicitudes serán entregadas a paciente(s) que no indiquen cobertura por parte de un tercero o que soliciten asistencia financiera. Las solicitudes se entregarán antes del alta para pacientes hospitalizados y pacientes que reciben atención de urgencias o ambulatoria.
5. **Información para pacientes sin cobertura de terceros:** Barton Memorial Hospital incluirá un estado recapitulativo del Programa de Asistencia Financiera en el informe de los cargos por los servicios brindados que se envía al/a la paciente.
6. **Confidencialidad del/de la paciente:** La información financiera del/de la paciente obtenida con el fin de determinar la elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera de Barton Memorial Hospital no se usará en el proceso de cobro de la deuda.

La información financiera del/de la paciente obtenida para el Programa de Asistencia Financiera se protegerá conforme a los requisitos de privacidad y de HIPAA. La divulgación de dicha información se limitará al personal relacionado con el Programa de Asistencia Financiera. Se prohíbe estrictamente la divulgación no autorizada de la información financiera confidencial del/de la paciente y hacerlo ocasionará medidas disciplinarias.

REFERENCIAS

Título 22 del Código de Regulaciones de California, División 5

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

Asociación de Hospitales de California– Políticas de Asistencia Financiera

IRC Sección 501(r) Reglamentos finales

Document Author:	Jackie Kyhl (Director Of Revenue Cycle)
Document Owner:	Jackie Kyhl (Director Of Revenue Cycle)
Reviewer(s):	Diane Roeser-Kinney (Customer Service/Guarantor Collections Mgr), Gary Colton (Corp. Compliance & InfoSec), Krystal Korves (Patient Financial Services Manager), Mary Quenzer (Physician Billing & Customer Service Manager)
Approver(s):	Gary Colton (Corp. Compliance & InfoSec), Jackie Kyhl (Director Of Revenue Cycle), Kelly Neiger (Chief Financial Officer)