



## POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO

<u>DEPARTAMENTO:</u> Ciclo de ingresos		<u>FECHA ORIGINAL DE ENTRADA EN VIGOR:</u> 01/01/2008
<u>TÍTULO:</u> Política del Programa de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés)		<u>FECHA DE APROBACIÓN DE LA REVISIÓN:</u> 02/27/2017
<u>NÚMERO DE VERSIÓN:</u> 1	<u>No. de norma reglamentaria:</u>	<u>FECHA DE LA ÚLTIMA REVISIÓN:</u> 02/27/2017
Fecha de la última revisión previa a Policy Tech: 01/01/2008		

### PROPÓSITO:

La política del Programa de Asistencia Financiera de Barton Memorial Hospital determina si un(a) paciente califica para recibir atención de beneficencia o pago con descuento y establece los criterios de elegibilidad de acuerdo con los ingresos o la falta de ingresos conforme a la aplicación del nivel federal de pobreza.

### 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 médicos 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 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 abiertas con Barton Memorial Hospital se deben tomar en consideración para la atención de beneficencia y/o el pago con descuento una vez que se aprobó la solicitud 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, a 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 no tiene seguro/que paga por cuenta propia o que tiene gastos médicos altos (con seguro insuficiente) y que tiene ingresos familiares que no exceden el 350 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. Todos(as) los(as) pacientes que pagan por cuenta propia serán evaluados(as) para los programas de asistencia de beneficencia y/o pago con descuento en el marco del Programa de Asistencia Financiera de Barton Medical Hospital. El/la paciente no cuenta con cobertura de una aseguradora médica, 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.

**Gastos médicos altos:** Un(a) paciente con gastos médicos altos tiene ingresos familiares que no exceden el 350 por ciento del nivel federal de pobreza. El/la paciente puede tener cobertura por parte de terceros o no contar con ella. Los gastos médicos altos pueden cubrir, entre otros, los siguientes:

- Gastos de bolsillo anuales en los que incurrió la persona en el hospital que exceden el 10 por ciento de los ingresos familiares del/de la paciente en los 12 meses anteriores. Esto incluiría el seguro de terceros sin tomar en cuenta ningún descuento ni las prestaciones contractuales.
- Gastos médicos de bolsillo anuales que exceden el 10 por ciento de los ingresos familiares del/de la paciente, si el/la paciente entrega la documentación de los gastos médicos pagados por el/la paciente o la familia del/de la paciente en los últimos 12 meses.

**Pacientes que pagan por cuenta propia con gastos médicos altos:** un(a) paciente no asegurado(a) con ingresos familiares netos que no exceden el 350% del nivel federal de pobreza. Los gastos médicos de bolsillo anuales en los que incurrió el/la paciente que exceden el 10 por ciento de los ingresos familiares del/de la paciente en los últimos 12 meses con base en la fecha del servicio, netos de descuentos o amortizaciones, califican como paciente que paga por cuenta propia con gastos médicos altos.

**Paciente asegurado con gastos médicos altos:** un paciente con cobertura médica que tiene ingresos familiares de o por debajo del 350 por ciento del nivel federal de pobreza. El Programa de Asistencia Financiera está disponible con la responsabilidad del/de la paciente de pagar el saldo adeudado, incluidos el copago y los deducibles. Esto aplica a los servicios que cubre Medicare. \*La parte del costo (SOC) de Medi-Cal (Medicaid de California) no es susceptible a ningún descuento sin importar que el/la paciente califique financieramente.

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

*\*los servicios que no sean necesarios por razones médicas, como aquellos de naturaleza meramente cosmética, se excluyen de los Programas de Asistencia Financiera del hospital*

**A. Atención de beneficencia completa:** Para determinar la elegibilidad conforme a la política de atención de beneficencia (FAP), es posible que Barton Memorial Hospital tome en cuenta los ingresos y los activos monetarios del/de la paciente. Para esta decisión, los activos monetarios no incluirán los planes de jubilación o de compensación diferida que califican bajo el Código de Rentas Internas, o los planes de compensación diferida no calificados. Además, al determinar la elegibilidad, no se considerarán los primeros diez mil dólares (\$10,000) de los activos monetarios de un(a) paciente, ni el 50 por ciento de los activos monetarios de un(a) paciente sobre los primeros diez mil dólares (\$10,000).

Para determinar la elegibilidad para la asistencia de beneficencia y el pago con descuento (atención de beneficencia parcial), la documentación de los activos puede incluir información sobre todos los activos monetarios, pero no incluirá las declaraciones sobre los planes de jubilación o de compensación diferida que califican bajo el Código de Rentas Internas, o los planes de compensación diferida no calificados. Barton Memorial Hospital puede solicitar renuncias o exoneraciones por parte del/de la paciente o de su familia, que autoricen que el hospital obtenga información de instituciones financieras o comerciales o de otras entidades que tengan o guarden las tenencias monetarias del/de la paciente. 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 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.

Los(as) pacientes que pagan por cuenta propia, incluidos(as) los que tienen costos médicos altos cumplen con los requisitos para recibir asistencia de beneficencia completa.

**B. Asistencia de beneficencia parcial:** Los criterios de elegibilidad se basan en los ingresos, conforme a la aplicación del nivel federal de pobreza. La política de pago con descuento (asistencia de beneficencia parcial) incluye también un plan de pagos extendido que permite pagar a plazos el precio descontado. El departamento de atención al cliente de Barton Memorial Hospital y el/la paciente negociarán los términos del plan de pagos y tomarán en cuenta los ingresos familiares del/de la paciente y sus gastos de vida básicos.

La atención de beneficencia parcial es una reducción de los cargos no descontados del hospital por los servicios cubiertos para los/las pacientes que no califican para la atención completa (atención de beneficencia completa). Se usará el nivel federal de pobreza actual para establecer la reducción de los cargos tomando en cuenta los ingresos familiares menos los gastos de vida básicos.

Todos los cargos facturados a los/las pacientes que pagan por cuenta propia por los servicios médicos proporcionados que califican se reducirán del monto generalmente facturado (AGB, por sus siglas en inglés), el cual se calcula usando los cargos de Medicare/Medicaid de los 12 meses previos a que se apruebe o se niegue la atención de beneficencia parcial.

**C. Descuento por gastos médicos altos:** Un(a) paciente cuyos ingresos familiares no exceden el 350 por ciento del nivel federal de pobreza y cuyos gastos de bolsillo anuales exceden el 10 por ciento de los ingresos familiares del/de la paciente en los 12 meses anteriores con base en la fecha en que recibió la atención médica puede calificar para un descuento por gastos médicos altos. Este descuento también se puede aplicar si los gastos de bolsillo exceden el 10 por ciento de los ingresos familiares del/de la paciente en los 12 meses anteriores con base en la fecha de servicio y si el/la paciente ya pagó la(s) factura(s) y entregó la documentación válida.

**D. Plan de pagos extendido:** Se le debe ofrecer un plan de pagos extendido sin intereses para el saldo adeudado al/a la paciente cuyos ingresos familiares no exceden el 350 por ciento del nivel federal de pobreza y que califica financieramente para el descuento de asistencia de beneficencia parcial. 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 como 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:

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.

**E. 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

F. **Descuento por circunstancias especiales:** A un(a) paciente que no cumple o no califica por completo con los requisitos específicos de los programas de asistencia financiera se le ofrecerá asistencia de beneficencia completa o un descuento de asistencia por beneficencia parcial para los cargos cubiertos que preste Barton Memorial Hospital para, entre otras, las circunstancias siguientes:

1. **Bancarrota:** Pacientes que están en bancarrota o que recién finalizaron el proceso legal de quiebra.
2. **Pacientes indigentes:** Pacientes sin una fuente de ingresos o de apoyo monetario que no tienen una dirección postal, residencia o algún tipo de cobertura/seguro médico.
3. **Difuntos:** Paciente difunto(a) sin cobertura médica completa. El/la aval del/de la difunto(a) no tiene bienes ni cobertura de terceros.
4. **Medicare:** Los/las pacientes con cobertura de Medicare pueden solicitar asistencia financiera para servicios no cubiertos que Medicare considera responsabilidad del/de la paciente.
5. **Medi-Cal:** Los/las pacientes con cobertura de Medi-Cal/Medi-Cal HMO pueden calificar si no se determinó su estado de elegibilidad para el período durante el cual se prestaron los servicios médicos. Los descuentos no aplican para la parte del costo (SOC) mensual del/de la paciente.
6. **Eventos catastróficos:** Los ingresos del/de la paciente y de la familia del/de la paciente que sufren un evento financiero catastrófico no esperado pueden ser evaluados sin tener que cumplir con los requisitos que establece la política.

### **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.bartonhealth.org](http://www.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 o el pago con descuento (atención de beneficencia parcial) se limita a los recibos de pagos recientes o a la declaración del 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.

El departamento de atención al cliente considerará las circunstancias por las que el/la paciente no pudo proporcionar la documentación solicitada. Si el/la paciente hace un esfuerzo razonable para obtener los documentos, pero no puede hacerlo y no es su culpa, el hospital usará las estadísticas publicadas en el sitio web Living Wage Calculator <http://livingwage.mit.edu/states/06>, utilizando el área de servicio de Barton Memorial Hospital como referencia.

Para considerarse calificado, es necesario llenar a tiempo la solicitud para el Programa de Asistencia Financiera (FAP). 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.

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. Se necesitará una agencia de cobranza externa para 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 por beneficencia completa o parcial / pago con descuento, se enviará un formulario de notificación de Barton Memorial Hospital al solicitante para informarle la decisión.

### **3. Resolución de disputas**

Barton Memorial Hospital puede negar los beneficios de la asistencia de beneficencia o del pago con descuento de la asistencia por beneficencia parcial ya sea porque el/la paciente no califica financieramente o porque el/la paciente no entrega 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 del hospital (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 los treinta (30) días posteriores a la recepción del aviso de apelación por escrito del/de la paciente.

Las cartas de apelación se pueden entregar en el 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 96150*

## **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 y asistencia de beneficencia parcial (pago con descuento) 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 completa o parcial. 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 se entregarán a los(as) pacientes que no tienen cobertura de otro pagador o que solicitan 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.



## **DESCUENTOS DE PAGO GENERALES DEL HOSPITAL**

Los descuentos de pago generales del hospital no requieren la solicitud completa para el Programa de Asistencia Financiera ni documentación específica.

**Descuentos por pronto pago:** Barton Memorial Hospital hará un descuento del 10 por ciento del saldo adeudado si el/la aval/paciente realiza el pago en los 30 días posteriores al primer estado de cuenta de la parte de pago por cuenta propia. No se requiere información de los ingresos ni de los activos monetarios.

**Descuento en punto de servicio (POS):** Barton Memorial Hospital pide el pago de servicios electivos al momento o antes de que se brinden los servicios. Barton Memorial Hospital reducirá la obligación financiera del/de la paciente en un 10% si el/la paciente/aval paga el total del pasivo financiero.

**Descuento AGB:** Para pacientes que no tienen seguro/cobertura médica, Barton Memorial Hospital aplicará un 30% de descuento al total de los cargos por los servicios brindados. Este descuento no depende de que el paciente califique para los beneficios de la asistencia de beneficencia completa o parcial. El descuento AGB no invalida la calificación para otros descuentos en el pago disponibles en el hospital.

## **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