



POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO

| | |
|---|---|
| TÍTULO: Financial Assistance Program (FAP) and Discount Policy | |
| ÁREAS/DEPARTAMENTOS IMPACTADOS: Revenue Cycle | |
| DEPARTAMENTO DE ORIGEN: NV - Physician Billing | |
| FECHA ORIGINAL DE APROBACIÓN: 01/01/2008 | FECHA DE LA ÚLTIMA REVISIÓN APROBADA: 03/07/2024 |
| VERSIÓN NÚMERO (generada por PolicyTech): 7 | NORMAS REGULATORIAS: |

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/a la paciente por médicos o proveedores médicos incluidos, sin limitarse a, los honorarios de anestesiólogos/as, radiólogos/as y patólogos/as que no están incluidos en la factura del hospital.

La Política de Atención Benéfica y Descuentos de Barton Health, también conocida como FAP y Política de Descuentos de Barton Health, proveerá asistencia financiera en la forma de cuotas gratuitas o cuotas con descuento 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 rechace 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 facturada (AGB, según sus siglas en inglés), es la cuota máxima que un/a paciente elegible para asistencia financiera es responsable de pagar, después de haber aplicado todas las deducciones y restar cualquier cantidad reembolsada por las aseguradoras. No se le cobrará a ningún/a paciente elegible para asistencia financiera más que la AGB para los servicios elegibles provistos. Barton Health calcula la AGB usando 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 privados para todos los cuidados médicos durante el último año para determinar el porcentaje de cargos brutos que habitualmente están permitidos por parte de estas aseguradoras. El porcentaje AGB después se multiplica por los cargos brutos para cuidados urgentes y cuidados médicamente necesarios para así poder determinar el descuento. En 2024, el porcentaje de AGB para servicios ambulatorios y de hospitalización es de 29.10 %, con base en datos del año 2023.

El descuento se aplicará a los cargos brutos o al saldo después del pago del seguro, 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 Saldo después del pago del seguro X porcentaje AGB = Cantidad ajustada a la Asistencia Financiera).

Solicitante

El/La solicitante es el/la paciente individual o el/la fiador/a del/de la paciente, según corresponda, que solicita asistencia financiera. Un miembro del hogar, amistad cercana o socio(a) del/de la paciente también puede solicitar que se considere al/a la paciente para recibir asistencia financiera. También puede iniciar una remisión cualquier miembro del personal médico o del establecimiento incluidos médicos/as, enfermeros/as, asesores/as financieros/as, trabajadores/as sociales, gerentes de casos, capellanes, patrocinadores religiosos, proveedores/as u otros que podrían estar al tanto de la posible necesidad económica.

Período de solicitud

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

Deuda incobrable

La deuda incobrable se refiere a los honorarios que resultan de los servicios prestados a un/a paciente que se determine como capaz, pero no dispuesto/a, 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 de bolsillo que superen el 10 % de los ingresos familiares actuales del/la paciente o los ingresos familiares de los 12 meses anteriores, el monto que sea menor.

Atención benéfica

La Atención benéfica se refiere a la asistencia financiera completa (es decir, un 100 % de descuento) para pacientes que cumplen con los requisitos o su fiador/a, que libera al/la paciente o su fiador/a de toda obligación financiera de pagar por los servicios elegibles. La atención benéfica se puede aplicar a pacientes sin seguro médico y también a la obligación del paciente para pacientes con seguro, lo cual incluye los cargos determinados para una estancia hospitalaria no asegurada, coaseguro, 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 tercera parte por los servicios elegibles provistos al/a la paciente. Conforme a esta política, la atención benéfica se diferencia de los descuentos u otras formas de asistencia financiera al definir la cantidad concedida en virtud del programa de asistencia financiera como una exención total 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 que reúnen los requisitos para eximir al/la paciente o su fiador/a de una parte de su obligación financiera de pagar por los servicios elegibles (según se definen a continuación). La atención con descuento se determina usando los ingresos del/la paciente y comparándolos con el Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés). La atención con descuento incluye los servicios a pacientes con costos médicos elevados según se describen en la sección “Ingresos familiares del/la paciente”. La atención con descuento se puede aplicar a pacientes sin seguro médico y también a la obligación del paciente para pacientes con seguro, lo cual incluye los cargos determinados para una estancia hospitalaria no asegurada, coaseguro, copago, cantidades deducibles y otras responsabilidades para servicios hospitalarios médicamente necesarios. La atención con descuento no reduce la cantidad, de haber alguna, que se le puede requerir pagar a una tercera parte por los servicios elegibles provistos al/a la paciente. Los descuentos excluidos del programa de asistencia financiera son los descuentos normales que no se calculan con 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, incluidos 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/las pacientes asumen la responsabilidad de los cargos, como los cargos para los días más allá del límite de estancia, si los beneficios del/de la paciente se han agotado, saldo de cobertura limitada, cuentas pendientes de Medicaid y denegaciones de pagadores. Los Servicios elegibles también incluyen servicios prestados a pacientes por parte de programas federales, estatales o locales de atención para la atención de personas indigentes. Los Servicios elegibles excluyen procedimientos electivos, servicios, tratamientos o procedimientos por parte de médicos/as, a menos de que la lista de proveedores de la Política de asistencia financiera incluya al/la médico/a o grupo de médicos/as relevantes y, si corresponde, una descripción de los servicios, tratamientos o procedimientos provistos por tal médico/a o grupo de médicos/as 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 afección médica que se manifieste con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor intenso) de tal manera que se podría esperar, de manera razonable, que la falta de atención médica inmediata ocasione:

- (i) Poner en grave peligro la salud de la persona (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o del feto);
 - (ii) Deterioro grave de funciones corporales, o
 - (iii) Insuficiencia grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o
- (b) Una mujer embarazada que presenta 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/de la bebé por nacer.

Médico/a de urgencias

Un/a médico/a de urgencias es un/a médico/a o cirujano/a acreditado/a por un hospital de Barton Health que es empleado/a o ha sido contratado/a (incluido 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/a de urgencias” no incluye a un/a médico/a especialista a quien se le llama al departamento de Urgencias, que esté en plantilla o tenga privilegios en el hospital fuera del departamento de Urgencias.

Gastos esenciales de manutención

Los gastos esenciales de manutención son gastos por cualquiera de estos conceptos: renta o pago de vivienda y mantenimiento, comida y suministros domésticos, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguros, escuela o cuidado infantil, manutención de hijos/as o de cónyuge, transporte y gastos de automóvil como seguros, 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 realizará acciones extraordinarias de cobranza mientras se determina la elegibilidad para recibir asistencia financiera.

Las ECA incluyen lo siguiente:

- (a) Vender la deuda de una persona a terceros, salvo las excepciones prevista por la ley federal.
- (b) Reportar información negativa acerca de la persona a las agencias de crédito del consumidor.
- (c) Postergar, negar, o exigir un pago antes de proveer atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de una persona por una o más facturas por servicios prestados con anterioridad y cubiertos bajo la política de asistencia financiera del hospital.
- (d) Ciertas acciones que requieren un proceso legal o judicial según lo previsto en la ley federal, incluidos algunos embargos, juicios hipotecarios, incautaciones o decomisos, la puesta en marcha de una acción civil, causar que una persona sea sujeta a una orden judicial de embargo, y embargar el salario de una persona.

Las ECA no incluyen un gravamen al cual tiene derecho el hospital para afirmar bajo la 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, por sus siglas en inglés)

El FPL se define por la guía de pobreza que se actualiza 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. La guía actual del FPL se encuentra en: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>.

Asistencia financiera

Atención benéfica, atención con descuento y otras formas de asistencia financiera, según se describen en esta política.

Lista de proveedores de la Política de asistencia financiera

Un documento independiente de la FAP ofrece una lista de proveedores cubiertos por el programa. El público puede obtener esta lista de forma gratuita a través de internet en www.bartonhealth.org, en el apartado Pacientes y familia, facturación/asistencia financiera, asistencia financiera, "Proveedores cubiertos por el programa de asistencia financiera de Barton Health". También puede conseguir este documento impreso si se comunica con el Servicio de atención al cliente, de asesoría financiera o la recepción de Barton Hospitals.

Cargos brutos

Los cargos brutos (también llamados "cargos totales") son la cantidad enumerada por la *chargemaster* (ficha maestra de cargos) 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 médicamente necesaria

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

Familia del/de la paciente

La familia del/de la paciente incluye al/a la paciente y:

- (a) para personas de 18 años y mayores, un/a cónyuge o pareja de hecho según se define en la Sección 297 del Código Familiar de California e hijos/as dependientes menores de 21 años que vivan o no en el hogar.
- (b) para personas menores de 18 años, un padre, madre, parientes que le cuidan y otros hijos/as del padre, la madre o pariente que le cuida menores de 21 años.

Ingresos de la familia del/de la paciente

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

Paciente con altos costos médicos

Un/a paciente que tiene cobertura de salud y que también cumple con 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/de la paciente (se define más abajo) en los 12 meses anteriores; o
- (b) Gastos médicos en efectivo que excedan el 10 % de los ingresos familiares del/de la paciente si el/la paciente proporciona documentación de los gastos médicos pagados por él/ella 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/la paciente para recibir asistencia financiera y se calcula con base en la información adicional provista por el/la paciente como los requisitos de otros programas de asistencia social, programas federales, estatales o locales de atención indigente administrada, condición de personas sin hogar, o con base 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 los casos en que Barton no obtiene talones de pago o declaraciones de impuestos recientes (por ej., personas sin hogar e indocumentadas), 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 basarse en información incluida en bases de datos de acceso público y en información facilitada por terceros proveedores que utilizan bases de datos de acceso público para estimar si un/a paciente tiene derecho a recibir asistencia financiera. Este proceso de evaluación 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/la paciente. El proceso proporciona un estimado de los ingresos familiares del/de la paciente, el tamaño de la familia y analiza otros factores relacionados con la necesidad económica del/la paciente. Barton les notificará a los/las pacientes que reciban presuntos descuentos de la base para la determinación de presunta elegibilidad de FAP y ellos/ellas podrían solicitar mayor asistencia (según esta FAP).

Los/Las pacientes que se consideren presuntamente elegibles para recibir asistencia financiera pueden documentarse como se refleja en el código de transacción utilizado para adjudicar la reclamación del/de la paciente, incluidas, entre otras, transacciones relacionadas con atención de beneficencia, descuentos por pago por su cuenta, servicios no cubiertos y denegaciones de pagadores.

Presunta elegibilidad de pacientes con seguro de Medi-Cal

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

Plan de pagos razonable

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

Costo compartido

Una cantidad predeterminada de gastos de atención médica en los que debe incurrir un/a 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 ni cancelar estas cantidades.

Áreas de servicio

Las áreas principales de servicio de Barton Health comprenden 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 comprenden 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/a paciente sin seguro es un/a paciente que no tiene cobertura médica de una aseguradora médica, 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 indemnizable para fines de indemnización del trabajador, seguro de automóvil u otro seguro según lo determine y documente el hospital. Se considera que un/a paciente con seguro no está asegurado/a si el seguro no cubre o deniega los servicios médicos necesarios.

Pacientes asegurados/as con un proveedor que no tiene contrato con Barton
La administración ejecutiva de Barton negociará con las aseguradoras que no tengan contrato con Barton y que involucren relaciones contractuales inferidas para pacientes asegurados/as. Aunque Barton puede acordar los términos de las negociaciones con compañías de seguros, una relación contractual inferida no es representativa de un/a paciente “bajo contrato” con Barton. Todas las cantidades no reembolsadas constituyen una forma de asistencia financiera al/a la paciente a medida que Barton considere la parte 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 real o supuesto de COVID-19 se provee a una cantidad no mayor de la que se le hubiera cobrado al/a la paciente si la atención hubiera sido provista por un proveedor de la red.

PROVEEDORES CUBIERTOS Y NO CUBIERTOS POR ESTA POLÍTICA:

Los proveedores cubiertos que ofrecen atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria en Barton Health son cualquier proveedor en los siguientes grupos médicos:

- Barton Medical Foundation
- Tahoe Carson Valley Medical Group
- Lake Tahoe Orthopedic Institute
- Tahoe Orthopedic and Sports Medicine

Los proveedores no cubiertos por esta política son cualquier proveedor en los siguientes grupos médicos:

- South Lake Tahoe Anesthesia Group
- Sierra Nevada Medical Imaging
- Tahoe Emergency Physicians
- Cualquier otro proveedor que no aparezca en la lista anterior de proveedores cubiertos

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA:

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

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

Los/Las pacientes que reúnan los requisitos para recibir asistencia financiera:

- Tendrán un ingreso familiar anual que sea menor o igual al 400 % del nivel federal de pobreza, según lo determinado por la guía publicada anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos;
- Se habrán reunido con una persona asesora financiera de Barton para analizar la elegibilidad para otros programas, tales como: Indemnización laboral, Medi-Cal y Víctimas de delitos; y
- Habrán presentado una solicitud del Programa de Asistencia Financiera y haber proporcionado documentación de apoyo para verificar los ingresos.
 - La documentación de apoyo para verificar los ingresos incluye lo siguiente:
 - Copia de la declaración del impuesto sobre la renta del año anterior (Formulario 1040) del/la solicitante y su cónyuge o pareja de hecho.
 - Copia de dos (2) talones de pago más recientes del/la solicitante y su cónyuge o pareja de hecho.
 - Una carta que explique la necesidad de asistencia financiera.

La Política FAP y la solicitud de Barton Health están disponibles de forma gratuita.

Solicite una copia:

- En persona en cualquier punto de servicio/área de registro dentro del hospital
- Comuníquese con el departamento de Servicio al cliente del hospital al 530-543-5930, o con Asesoría financiera para pacientes al 530-543-6086
- Envíe una solicitud escrita por correo con atención a Barton Health: Financial Counselor 2170 South Ave. South Lake Tahoe, CA 96150
- Por correo electrónico a: financialassistance@bartonhealth.org
- En la página web de Barton Health en <https://www.bartonhealth.org/tahoe/financial-aid.aspx> o en el sitio web público del Department of Health Care Access and Information (HCAI, por sus siglas en inglés) <https://hcai.ca.gov/affordability/hospital-fair-billing-program/hospital-policies/>.

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 que se cumpla con todos los requisitos de documentación y residencia. La documentación de ingresos con fines de determinar la elegibilidad para la atención benéfica se limita a los talones de pago o las declaraciones de impuestos recientes. Un/a paciente debe hacer “todos los esfuerzos razonables” para entregar documentación de ingresos y cobertura de beneficios de salud. En algunos casos, (por ej., personas sin hogar o indocumentadas) Barton Health puede utilizar la determinación de presunta elegibilidad (según se mencionó con anterioridad). Los/Las 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.

El departamento de Servicio al cliente de Barton Health ayudará al/la paciente a reunir los requisitos para el 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 a la asesoría financiera del hospital. Los programas incluyen seguro o patrocinio de salud privado o público, pero no se limitan a: seguro médico privado, incluidos 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/a paciente puede continuar con el proceso de solicitud de FAP para recibir atención benéfica mientras esté en proceso cualquier solicitud de financiamiento privado o público.

Si se recibe una solicitud de asistencia financiera incompleta, se enviará una carta al/a la paciente que indicará lo que falta en la solicitud. La solicitud quedará como pendiente durante dos semanas para dar tiempo a responder. Si no se recibe la información adicional en el plazo de dos semanas, Barton enviará una carta de rechazo al/a la paciente indicando que la solicitud no estaba completa y que no se recibió la información faltante.

Asesoría financiera de pacientes de Barton Health puede rechazar la solicitud del/la 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 existe un límite de tiempo estricto debido a los requisitos de la solicitud.

En algunos casos, es posible que no se haya identificado a un/a paciente elegible para asistencia financiera hasta el inicio de la acción de cobranza externa. 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/a paciente que reúne los requisitos para la asistencia financiera, así como 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 por escrito de cualquier agencia de cobranza que declare que acatará las normas y el 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 a una entidad externa que efectúe la cobranza del hospital.

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

3. Solución de conflictos

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

Un/a paciente puede solicitar una revisión y apelar la descalificación al notificar a la dirección del ciclo de ingresos del hospital (o la persona designada) del conflicto y apelar la decisión inicial. La dirección del ciclo de ingresos (o la persona designada) revisará la apelación escrita por el/la paciente y le informará al/la paciente de una decisión por escrito en un plazo de treinta (30) días de recibo de la notificación de apelación escrita del/la paciente.

Las cartas de apelación se pueden dejar en el departamento de Asesoría financiera en 2170 South Ave en South Lake Tahoe o enviarse por correo a:

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

PROGRAMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA DISPONIBLES PARA PACIENTES QUE CUMPLEN CON LOS REQUISITOS FINANCIEROS

A. **Atención benéfica completa:** Los/Las pacientes que cumplen con los requisitos financieros son elegibles para recibir atención benéfica completa siempre y cuando

demuestren que cumplen con los requisitos de ingresos.

La atención benéfica completa se refiere a atención gratuita de los cobros sin descuento de Barton Health por los servicios cubiertos.

1. Los/Las pacientes que cumplen con los requisitos con un ingreso familiar igual o menor al 100 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) recibirán un 100 % de descuento (atención médica gratuita) en los cobros sin descuento de Barton Health por los servicios cubiertos.

B. Atención con descuento: Los/Las pacientes que cumplen con los requisitos con un ingreso familiar igual o menor al 400 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) recibirán el descuento en función de la siguiente escala móvil para los cobros sin descuento de Barton Health por los servicios cubiertos.

1. Ingresos familiares entre 0 % y 249 % del FPL reciben un descuento del 100 % en la cantidad generalmente facturada (AGB, por sus siglas en inglés) por servicios cubiertos de Barton Health.

2. Ingresos familiares entre 250 % y 299 % del FPL reciben un descuento del 75 % en la cantidad generalmente facturada (AGB) por servicios cubiertos de Barton Health.

3. Ingresos familiares entre 300 % y 349 % del FPL reciben un descuento del 50 % en la cantidad generalmente facturada (AGB) por servicios cubiertos de Barton Health.

4. Ingresos familiares entre 350 % y 400 % del FPL reciben un descuento del 25 % en la cantidad generalmente facturada (AGB) por servicios cubiertos de Barton Health.

La AGB se determina neto de cualquier pago recibido por una aseguradora médica, plan de servicio de atención médica o programa de atención médica patrocinado por el gobierno (p. ej., Medicare, Medi-Cal o Medicaid). A menos que sea presuntamente elegible para atención benéfica, el/la paciente o su fiador/a deben completar una solicitud y proporcionar todos los documentos necesarios, un/a paciente o su fiador/a no tiene una fuente de pago para ninguna parte 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 proveedores de obligación externos.

C. Plan de pagos extendido: En la medida en que un/a paciente con necesidad económica no califique para la atención benéfica completa, por ej., al no entregar a tiempo una solicitud de FAP, se le puede ofrecer al/a la Paciente que cumple con los requisitos financieros un plan de pagos extendido para cualquier saldo pendiente. El plan de pagos extendido será negociado entre el departamento de Servicio al cliente de Barton Memorial Hospital y el/la paciente.

Si el departamento de Servicio al cliente y el/la paciente no pueden acordar los términos de un plan de pagos razonable, se establecerán pagos mensuales que no excedan el 10 % de los ingresos mensuales familiares del/la paciente, después de deducciones para los gastos esenciales de manutención.

Una vez establecido un plan de pagos extendido, Barton Memorial Hospital puede invalidar el plan de pagos si el/la paciente no hace todos los pagos consecutivos

adeudados durante un período de 90 días. Antes de invalidar un plan de pagos extendido, el departamento de Servicio al cliente:

1. Tratará de contactar al/la paciente por teléfono.
2. De no haber respuesta, Barton Memorial Hospital enviará una declaración final; posteriormente, se invalidará el plan de pagos extendido y, si el/la paciente lo solicita, se le informará de la oportunidad de renegociar el plan de pagos.

La notificación y la llamada telefónica se harán a la dirección y teléfono conocidos más recientes del/la paciente. El/la paciente tendrá 30 días desde la notificación y llamada de Barton Memorial Hospital para responder y cancelar la invalidación del plan actual de pagos extendido.

D. Política de fijación de precios justos de médicos/as de urgencias: Los/Las médicos/as del departamento de Urgencias de Barton Memorial Hospital tienen políticas de pago con descuento que el hospital pondrá a disposición del/la paciente o su fiador/a cuando se solicite. Estas políticas de fijación de precios justos de médicos/as de urgencias coincidirán con el Nivel federal de pobreza actual del hospital. Para obtener más información acerca de la política de fijación de precios justos de médicos/as de urgencias, el/la paciente puede solicitar un folleto informativo o contactar a:

- Empresa de facturación de médicos/as de urgencias al 800-225-0953
- Departamento de Servicio al cliente de Barton Memorial Hospital al 530-543-5930

DESCUENTOS DISPONIBLES

Atención médica con descuento:

Barton Memorial Hospital ofrece asistencia financiera parcial a pacientes que cumplen con los requisitos y que pagan por cuenta propia para reducir las obligaciones financieras del/la paciente o su fiador/a con respecto al pago de servicios elegibles.

Descuento para pacientes sin seguro:

Barton Memorial Hospital aplicará un descuento de 30 % a todas las obligaciones de pacientes sin seguro.

OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE LA ASISTENCIA FINANCIERA

1. Notificaciones por escrito a 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 más información. Las notificaciones incluirán información acerca de los descuentos disponibles para la atención de urgencia. Las notificaciones estarán disponibles al

momento de ingreso, durante el registro, a solicitud y en el alta hospitalaria. Las notificaciones estarán disponibles en los idiomas principales del área de servicio de Barton Memorial Hospital para los/las pacientes que reciban servicios, incluidos pacientes hospitalizados/as, servicios complementarios, de urgencia, consulta externa, quirúrgicos y servicios recurrentes como terapia física y terapia de infusión.

2. Cotización del hospital por escrito: A solicitud, Barton Memorial Hospital proveerá una cotización por escrito del monto que requiere el hospital que el/la paciente pague por los servicios o suministros esperados. El requisito de solicitud de cotización es aplicable a los/las pacientes sin cobertura de salud, sin importar si el/la paciente cumple con los criterios para recibir beneficios completos o con descuento para la atención. Las cotizaciones se pueden obtener al contactar al departamento de Autorización de Barton Memorial Hospital al (530) 543-5715 durante horas hábiles.

** Los servicios de urgencia están exentos del requisito de cotización por escrito.*

3. Avisos publicados: Los avisos de la política del hospital para pacientes que cumplen con los requisitos para asistencia financiera y pacientes que pagan por su cuenta estarán a la vista en el departamento de Urgencias de Barton Memorial Hospital, en el departamento de Servicio al cliente, en las zonas de ingreso y en los departamentos complementarios y ambulatorios que brindan servicios directamente a pacientes.

4. Provisión de solicitudes: Barton Memorial Hospital proporcionará 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 en el condado y el estado. Se proveerán solicitudes a pacientes sin cobertura indicados de un pagador externo o a quienes soliciten asistencia financiera. Se proveerán solicitudes antes del alta a pacientes hospitalizados/as y a pacientes que reciban atención de urgencia o ambulatoria.

5. Información para pacientes sin cobertura de terceros: Barton Memorial Hospital incluirá un resumen sobre el programa de asistencia financiera que mencione los cargos por los servicios prestados; este documento se le enviará al/la paciente.

6. Crisis de acceso a la atención de salud: El equipo de liderazgo de Barton Health debe establecer una "Crisis de acceso a la atención de salud" que deberá ser aprobada por la Junta Directiva y adjuntarse a este documento de asistencia financiera como un anexo. Una crisis 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 por parte 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 para satisfacer las necesidades de una comunidad en crisis. Estos cambios se incorporarán en la política de asistencia financiera a pacientes como un anexo. Los descuentos al/la 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 es posible que el equipo de liderazgo del hospital no responda con suficiente rapidez para actualizar la política según las necesidades más urgentes durante una crisis de acceso a la atención de salud).

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

Toda la información financiera del/la paciente obtenida para el Programa de asistencia financiera y la política de descuentos estará protegida 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. Se prohíbe estrictamente la divulgación no autorizada de la información financiera confidencial del/la paciente. Incumplir esta política ocasionará acción disciplinaria.

Programa de quejas sobre facturas hospitalarias

El Programa de quejas sobre facturas hospitalarias es un programa estatal que analiza las decisiones del hospital sobre si usted califica para recibir ayuda para pagar su factura hospitalaria. Si cree que se le negó asistencia financiera por error, puede presentar una queja ante el Programa de quejas sobre facturas hospitalarias. Vaya a HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov para obtener más información y presentar una queja.

Contáctenos si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la facturación o el proceso de cobro.

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