

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA: ATENCIÓN DE CARIDAD, PAGO CON DESCUENTO Y COBRO DE DEUDAS

PROPÓSITO

Barlow Respiratory Hospital (el "Hospital") es una organización sin fines de lucro. En consonancia con la misión y los valores del Hospital, el Hospital presta los servicios necesarios a sus pacientes sin considerar su capacidad de pago. Esta Política de Asistencia Financiera: Atención de Caridad, Pago con Descuento y Cobro de Deudas ("Política de Asistencia Financiera" o "Política") establece las pautas y los procedimientos para determinar si un paciente califica para recibir asistencia financiera, incluidas tanto la atención de caridad como la atención con descuento, así como las normas y prácticas del Hospital para el cobro de deudas. Esta Política tiene como fin cumplir con la Ley de Precios Justos de Hospitales de California (Código de Salud y Seguridad, sección 127400 y siguientes), según fue enmendada por el Proyecto de Ley de la Asamblea 2297 y el Proyecto de Ley del Senado 1061, vigentes desde el 1 de enero de 2025, y con la sección 501(r) del Código de Rentas Internas y sus reglamentos de aplicación.

DEFINICIONES

"Atención de Caridad" significa atención gratuita.

"Pago con Descuento" (o "Atención con Descuento") significa cualquier cargo que se reduce pero no es gratuito.

"Ingreso Familiar" significa el ingreso del paciente, junto con el ingreso de las siguientes personas: (1) para pacientes de 18 años o más, el cónyuge, la pareja doméstica y los hijos dependientes menores de 21 años del paciente, vivan o no en el hogar; y (2) para pacientes menores de 18 años, el padre o la madre del paciente, los familiares a cargo del cuidado y los demás hijos menores de 21 años del padre, la madre o el familiar a cargo.

"Pautas del Nivel Federal de Pobreza" significa las pautas de pobreza más recientes, publicadas periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos conforme a la autoridad del inciso (2) de la sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos.

"Paciente Financieramente Calificado" significa un paciente cuyo Ingreso Familiar no supera el 400 por ciento del nivel federal de pobreza y que es: (1) un paciente de pago directo (un paciente que no tiene cobertura de terceros de una aseguradora de salud, un plan de servicios de atención médica, Medicare o Medicaid, y cuya lesión no está cubierta por la compensación de trabajadores, el seguro de automóvil u otro seguro, según lo documente el Hospital); o (2) un paciente con "costos médicos elevados".

"Costos Médicos Elevados" significa gastos anuales de bolsillo no reembolsados por un seguro o un programa de cobertura médica, incluidos los costos compartidos de Medicare o Medi-Cal, incurridos por la persona en el Hospital, o gastos médicos de bolsillo documentados pagados por el paciente o su familia a cualquier proveedor, que superen el 10 por ciento del Ingreso Familiar del paciente en los últimos 12 meses.

"Montos Generalmente Facturados": para determinar el pago que corresponde a un paciente que califica para asistencia financiera, el Hospital primero reducirá su facturación de los cargos completos al monto que el Hospital habría recibido de Medicare si los servicios estuvieran cubiertos, y luego podrá otorgar un descuento adicional caso por caso. Si no existe un pago establecido por Medicare, el Hospital reducirá su facturación al monto que habría recibido de Medi-Cal o de otro programa patrocinado por el gobierno en el que el Hospital participe. Si no existe un pago establecido por ninguno de esos programas, el Hospital fijará un pago con descuento apropiado que no supere los montos generalmente facturados a las personas que cuentan con un seguro que cubre dicha atención.

"Acciones de Cobro Extraordinarias" significa acciones para obtener el pago de una factura por atención cubierta por esta Política que requieren un proceso legal o judicial, o la venta de la deuda del paciente. De conformidad con la ley, el Hospital no informará ninguna deuda médica a una agencia de informes crediticios del consumidor, ni impondrá ni ejecutará un gravamen sobre los bienes inmuebles del paciente para cobrar una factura impaga. Antes de iniciar cualquier Acción de Cobro Extraordinaria, el Hospital hará esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible conforme a esta Política.

"Plan de Pagos Razonable" significa pagos mensuales que no superan el 10 por ciento del ingreso mensual de la familia del paciente, después de deducir los gastos de subsistencia esenciales. Al negociar un plan de pagos, el Hospital podrá considerar la disponibilidad de la cuenta de ahorros para la salud del paciente o de su familia. Los gastos de subsistencia esenciales incluyen renta o pago de vivienda y mantenimiento, alimentos y artículos del hogar, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguros, gastos escolares o de cuidado infantil, manutención de hijos o del cónyuge, transporte y gastos de automóvil, pagos a plazos, lavandería y limpieza, y otros gastos extraordinarios.

ATENCIÓN DE CARIDAD Y PAGO CON DESCUENTO

El Programa de Asistencia Financiera incluye tanto la Atención de Caridad (atención gratuita) como la Atención con Descuento.

Atención de Caridad

La Atención de Caridad (atención gratuita) está disponible para los pacientes cuyo Ingreso Familiar es igual o inferior al 250 por ciento de las Pautas del Nivel Federal de Pobreza vigentes y que son pacientes de pago directo o pacientes con costos médicos elevados. La atención se brindará sin cargo a los pacientes que califiquen. La elegibilidad se determina únicamente sobre la base del ingreso y el tamaño de la familia. El Hospital no considera los activos monetarios del paciente al determinar la elegibilidad.

Atención con Descuento

La Atención con Descuento está disponible para los Pacientes Financieramente Calificados cuyo Ingreso Familiar es igual o inferior al 400 por ciento del Nivel Federal de Pobreza y que no califican para la Atención de Caridad. El Hospital ajustará los cargos brutos al Monto Generalmente Facturado y negociará un Plan de Pagos Razonable. El Hospital podrá requerir talones de pago recientes o declaraciones de

impuestos recientes, u otra documentación razonable de ingresos cuando aquellos no estén disponibles, para documentar el Ingreso Familiar. El Hospital no considera los activos monetarios del paciente al determinar la elegibilidad.

Planes de Pago Extendidos

Los Planes de Pago Extendidos están disponibles para los pacientes que reciben Atención con Descuento, a fin de permitir el pago del precio con descuento a lo largo del tiempo. Los planes tendrán en cuenta el Ingreso Familiar del paciente y los gastos de subsistencia esenciales, y no devengarán intereses. Si un paciente deja de realizar todos los pagos consecutivos durante 90 días, el Hospital podrá dar por terminado el plan, pero antes de hacerlo hará esfuerzos razonables para comunicarse con el paciente por teléfono y le dará aviso por escrito de que el plan quedará sin efecto si no se renegocia.

Informe de Atención de Caridad

La atención de caridad incluye todos los montos condonados a los pacientes que califican conforme a esta Política. Los pacientes que califican para Medi-Cal pero no reciben cobertura por la totalidad de su estadía son elegibles para una condonación por atención de caridad, incluidos los servicios no cubiertos, los días o estadías denegados y las denegaciones de Solicitudes de Autorización de Tratamiento.

Proveedores Cubiertos

Esta Política no cubre a ningún proveedor distinto del propio centro Hospitalario. El Anexo A de esta Política identifica a los proveedores, distintos del Hospital, que brindan atención médicamente necesaria en las instalaciones del Hospital y especifica qué proveedores están cubiertos por esta Política y cuáles no, según se describe en el Aviso 2015-46 del IRS.

Médicos de Emergencias

Un médico de emergencias que presta servicios médicos de emergencia en un hospital que brinda atención de emergencia está obligado por ley a otorgar descuentos a los pacientes sin seguro o a los pacientes con costos médicos elevados cuyo ingreso sea igual o inferior al 400 por ciento del nivel federal de pobreza.

COMUNICACIÓN

- Esta Política, el formulario de solicitud y un resumen en lenguaje sencillo están publicados en el sitio web de Barlow Respiratory Hospital (barlowhospital.org) en inglés, español y armenio, y están disponibles a pedido, sin cargo, por correo y en el Departamento de Servicios Sociales del Hospital.
- Un aviso titulado "Ayuda para Pagar su Factura" está exhibido en el vestíbulo principal del campus Barlow Main y en la sala de espera de visitantes de la ubicación BRH@VPH, en inglés, español y armenio.
- Todos los pacientes admitidos reciben un paquete de admisión con un aviso sobre la disponibilidad de asistencia financiera y cómo solicitarla.
- El personal de Servicios Sociales y de Gestión de Casos ayuda a los pacientes con la solicitud y, si el paciente lo desea, con la solicitud de Medi-Cal, Covered California o el Programa de Servicios para Niños de California.

- El primer estado de cuenta y los siguientes informan a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera, proporcionan un contacto para obtener información y brindan la dirección del sitio web donde se encuentran la Política, la solicitud y el resumen.

PROCESO PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD

El Hospital utiliza una solicitud de asistencia financiera para recopilar información de los pacientes que pueden calificar. Podrá requerirse completar la solicitud y la información complementaria necesaria para establecer la elegibilidad. El Hospital podrá requerir talones de pago recientes o declaraciones de impuestos recientes, u otra documentación razonable de ingresos cuando aquellos no estén disponibles.

La elegibilidad para la atención de caridad y la atención con descuento se basa únicamente en el ingreso y el tamaño de la familia. El Hospital no considera los activos monetarios del paciente y no requerirá información de cuentas, renunciaciones ni autorizaciones para verificar activos.

El Hospital no exigirá que un paciente solicite o acepte Medicare, Medi-Cal ni ninguna otra cobertura de salud como condición para la elegibilidad o el otorgamiento de un pago con descuento, y no denegará un pago con descuento porque el paciente no haya solicitado dicha cobertura. El Hospital ayudará a los pacientes que deseen solicitar otra cobertura.

El Hospital no impone un plazo para solicitar atención de caridad o atención con descuento y no denegará la elegibilidad en función del momento en que el paciente presente la solicitud. El Hospital determinará la elegibilidad en cualquier momento en que reciba documentación de ingresos. La información obtenida al determinar la elegibilidad para la atención de caridad no se utilizará para actividades de cobro.

La elegibilidad presunta podrá determinarse sin una solicitud para los pacientes inscritos en Medi-Cal y para los pacientes fallecidos sin patrimonio conocido. Un paciente puede solicitar la asistencia financiera del hospital y otro programa de cobertura de salud al mismo tiempo, y ninguna de las solicitudes impedirá la elegibilidad para la otra.

Aprobación Final y Notificación

La elegibilidad para asistencia financiera debe ser aprobada por el Director Ejecutivo ("CEO") o el Director Financiero ("CFO") y documentada en el Formulario de Aprobación de Asistencia Financiera. Se envía al paciente una carta con el nombre del paciente, el número o los números de cuenta, el saldo actual, el monto o los días de estadía otorgados, cualquier saldo pendiente y, en caso de denegación, el proceso de apelación. Un Comité de Asistencia Financiera (CEO, Director Médico, Vicepresidente de Desarrollo Comercial y Director de Operaciones) revisa las apelaciones y hace recomendaciones al CEO o al CFO.

POLÍTICA DE COBRO DE DEUDAS

Esta sección establece las normas y prácticas del Hospital para el cobro de deudas de pacientes. Se siguen los procedimientos normales de facturación para registrar los servicios prestados a los pacientes de atención de caridad. La actividad de cobro cesa

cuando se declara que un paciente es elegible para atención de caridad y se suspende mientras el paciente intenta calificar conforme a esta Política.

Ni el Hospital ni ningún cesionario u otro titular de la deuda del paciente, incluida una agencia de cobro o un comprador de deudas, informará ninguna deuda médica a una agencia de informes crediticios del consumidor. Ni el Hospital ni ningún cesionario u otro titular de la deuda iniciará una acción civil contra el paciente por falta de pago antes de transcurridos 180 días desde la facturación inicial. El Hospital no utilizará un gravamen sobre los bienes inmuebles del paciente para cobrar una factura impaga.

La deuda del paciente se remite para cobro solo después de que la cuenta haya permanecido impaga durante al menos 180 días desde la facturación inicial, el Hospital haya completado esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad del paciente para asistencia financiera y el paciente no haya calificado para asistencia ni celebrado un plan de pagos. La deuda del paciente se remite para cobro bajo la autoridad del Director Financiero.

Antes de emprender cualquier Acción de Cobro Extraordinaria, el Hospital hará esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible conforme a esta Política, lo que incluye notificar a las personas de forma oral y por escrito sobre cómo presentar la solicitud, otorgar un período razonable para presentarla, evaluar las solicitudes de manera oportuna y notificar a las personas con una solicitud incompleta sobre cómo completarla.

El Hospital exigirá que cada agencia de cobro que utilice acepte por escrito cumplir con esta Política, con la sección 127400 y siguientes del Código de Salud y Seguridad de California y con la sección 501(r) del Título 26 del Código de los Estados Unidos y sus reglamentos de aplicación, antes de remitir cualquier factura impaga. El Formulario de Aprobación de Asistencia Financiera completado se archiva en el Departamento de Servicios Sociales, y el monto de la atención de caridad brindada se informa por separado en los estados financieros mensuales.

Preparado por: Director Financiero

Aprobado por: Junta Directiva del Hospital el 24 de septiembre de 2015.

Revisado: 22/06/2026

Revisado por: Director Ejecutivo

Nota: La solicitud completa de asistencia financiera aparece en un documento separado, "Solicitud de Asistencia Financiera".

FORMULARIO DE APROBACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

Para uso interno del Hospital únicamente.

Departamento solicitante: _____ Fecha de solicitud: _____

Nombre del paciente: _____ N.º de cuenta: _____

N.º de Seguro Social: _____

Fecha de admisión: _____ Fecha de alta / alta prevista: _____

Evaluación de Elegibilidad (basada únicamente en el ingreso y el tamaño de la familia; no se consideran los activos)

¿El Ingreso Familiar del paciente es igual o inferior al 400% del Nivel Federal de Pobreza (pago con descuento)? Sí: _____ No: _____

¿El Ingreso Familiar del paciente es igual o inferior al 250% del Nivel Federal de Pobreza (atención de caridad / gratuita)? Sí: _____ No: _____

¿Es el paciente un Paciente de Pago Directo? Sí: _____ No: _____

¿Es el paciente un Paciente con Costos Médicos Elevados? Sí: _____ No: _____

Determinación

Atención de Caridad: _____ Elegible para atención gratuita porque el Ingreso Familiar es igual o inferior al 250% del Nivel Federal de Pobreza y el paciente es un Paciente de Pago Directo o un Paciente con Costos Médicos Elevados.

Atención con Descuento: _____ Elegible para atención con descuento porque el Ingreso Familiar es igual o inferior al 400% del Nivel Federal de Pobreza y el paciente es un Paciente de Pago Directo o un Paciente con Costos Médicos Elevados.

Comentarios: _____

Aprobación del CEO o CFO: _____ Fecha: _____

CARTA DE NOTIFICACIÓN AL PACIENTE

Fecha: _____

Nombre del garante: _____ Nombre del paciente:

Ciudad, estado y código postal del garante:

Estimado/a _____:

Hemos revisado cuidadosamente su solicitud de asistencia financiera y hemos determinado que su cuenta:

- Cumple con las pautas de asistencia financiera del Hospital.
- Cumple con las pautas de asistencia financiera del Hospital, pendiente del resultado de su solicitud de Medi-Cal o de la revisión financiera.
- Está aprobada para una reducción. Monto aprobado: \$ _____. Su cuenta se reducirá en un _____%, y el garante es responsable de \$ _____.
- No cumple con las pautas de asistencia financiera del Hospital.

Si no fue aprobada, motivo:

- El ingreso familiar supera los límites de ingresos del programa.
- El paciente tiene cobertura de terceros que paga esta atención y no cumple con la definición de pago directo o de costos médicos elevados.
- La solicitud está incompleta. Nos comunicaremos con usted para indicarle cómo completarla; no hay plazo para presentar la solicitud.

Si desea apelar esta decisión, llame al Gerente de Servicios Financieros para Pacientes al (213) 202-6884 para iniciar el proceso de apelación.

Como hospital sin fines de lucro, nos enorgullece apoyar a nuestra comunidad con la atención de caridad y la atención con descuento que brindamos. Gracias por elegir Barlow Respiratory Hospital.

Atentamente,

Departamento de Servicios Financieros para Pacientes/Finanzas, Barlow Respiratory Hospital

Anexo A: Lista de Proveedores

Este Anexo A forma parte de la Política de Asistencia Financiera de Barlow Respiratory Hospital y se proporciona conforme a la sección 501(r)(4) del Código de Rentas Internas y el Aviso 2015-46 del IRS. Identifica, por tipo de servicio, a los proveedores distintos del propio Hospital que brindan atención de emergencia o medicamento necesaria en las instalaciones del Hospital en Barlow Main (2000 Stadium Way, Los Ángeles, CA 90026) y BRH@VPH, e indica si dichos proveedores están cubiertos por la Política de Asistencia Financiera del Hospital.

Barlow Respiratory Hospital es un hospital de cuidados agudos a largo plazo. El Hospital no opera un departamento de emergencias y no presta servicios de emergencia. Los médicos cuya especialidad es la medicina de emergencia pueden, ocasionalmente, brindar atención médicamente necesaria en las instalaciones del Hospital; al igual que todos los médicos que ejercen en el Hospital, facturan por separado sus propios servicios profesionales, los cuales no están cubiertos por esta Política.

El Hospital no emplea médicos. La Política de Asistencia Financiera del Hospital se aplica únicamente a los servicios del centro hospitalario facturados por Barlow Respiratory Hospital. No se aplica a los servicios profesionales de ningún médico o grupo médico que ejerza en las instalaciones del Hospital, todos los cuales facturan por separado sus propios servicios profesionales. Los proveedores cuyos servicios profesionales no están cubiertos por esta Política incluyen, sin limitación, a los médicos que prestan los siguientes tipos de servicio:

- Servicios de médico tratante, incluidas la medicina pulmonar y la medicina interna
- Servicios de médicos especialistas consultores, incluidas cardiología, nefrología, enfermedades infecciosas, neurología, psiquiatría, cirugía y todas las demás especialidades de consulta
- Servicios profesionales de interpretación de radiología diagnóstica
- Atención médicamente necesaria brindada ocasionalmente por médicos cuya especialidad es la medicina de emergencia
- Todos los demás servicios profesionales facturados por separado por cualquier médico o grupo médico

Ningún médico ni grupo médico que brinde atención en las instalaciones del Hospital está cubierto por la Política de Asistencia Financiera del Hospital. Los pacientes que necesiten ayuda con la factura de un médico deben comunicarse directamente con ese médico o grupo médico, al número de teléfono que figura en la factura del proveedor, para preguntar sobre cualquier asistencia financiera o descuento que el proveedor pueda ofrecer.

Este Anexo es revisado y actualizado al menos trimestralmente por el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes. Se publica junto con la Política de Asistencia Financiera en www.barlowhospital.org/help-paying-your-bill y está disponible sin cargo por correo, previa solicitud, y en persona en el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes, 2000 Stadium Way, Los Ángeles, CA 90026, (213) 250-4200, extensión 3329.