

Barlow Respiratory Hospital	Asistencia Financiera- Política de Atención de Beneficencia y con Descuento		
			Pág. 1 de 7

OBJETIVO

Barlow Respiratory Hospital (en adelante, el “Hospital”) es una organización sin fines de lucro. Atento a su misión y sus valores, el Hospital presta servicios a sus pacientes independientemente de su capacidad de pago. Esta Política de Asistencia Financiera-Atención de Beneficencia (*Charity Care*) y con Descuento (en adelante, la “Política de Asistencia Financiera”) fija las pautas, las políticas y los procedimientos utilizados para determinar si un paciente califica o no para recibir asistencia financiera, incluyendo atención gratuita o con descuento para pacientes de bajos recursos respecto de la totalidad de los servicios que presta el Hospital. El objetivo de esta Política de Asistencia Financiera es garantizar el cumplimiento con todas las leyes federales aplicables y las leyes del Estado de California que regulan la atención hospitalaria a través de programas de beneficencia, incluyendo el Artículo 1 del Capítulo 2.5 de la Parte 2 de la División 107 del Código de Salud y Seguridad de California, comenzando por el Artículo 127400 y el Artículo 501(r) del Código de Rentas Internas y su normativa de implementación.

DEFINICIONES

“**Ingreso Familiar**” se refiere a los ingresos del paciente más los ingresos de las siguientes personas: (1) en el caso de pacientes de 18 años o más: el cónyuge/pareja del paciente y los hijos menores de 21 años a cargo del paciente, ya sea que convivan o no con el paciente; y (2) en el caso de pacientes menores de 18 años: el padre/los familiares a cargo del paciente y los demás hijos menores de 21 años del padre o familiar a cargo del paciente.

“**Nivel Federal de Pobreza**” se refiere a la última línea de pobreza publicada en el Registro Federal por el Ministerio de Salud y Recursos Humanos de Estados Unidos conforme al inciso (2) del artículo 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos de América.

“**Paciente que Califica para recibir Asistencia Financiera**” se refiere a un paciente cuyo Ingreso Familiar no supera el 350 por ciento del nivel de pobreza federal y que es: (1) paciente particular (a saber, un paciente sin cobertura médica, ni plan de salud, Medicare o Medicaid, cuya lesión no cuenta con la cobertura de una compensación al trabajador, seguro del automotor u otro tipo de seguro según lo determinado y documentado por el hospital) o (2) un paciente con “costos médicos elevados” (a saber, cuando los gastos médicos anuales abonados por cuenta propia al hospital y/o los gastos documentados pagados a otros proveedores por el paciente o su familia superan el 10% del ***ingreso familiar*** del paciente correspondiente a los últimos 12 meses).

“**Monto Generalmente Facturado**”—al determinar el monto a abonar por servicios prestados a un paciente que califica para recibir asistencia financiera por bajos recursos, el Hospital, en primer lugar, reducirá el monto total de la factura al monto que Medicare hubiese pagado al Hospital si los servicios estuviesen cubiertos y, luego, puede aplicar un descuento adicional a determinar caso a caso según las circunstancias del paciente. Si no está establecido el monto que Medicare debería pagar por el servicio que ha prestado el Hospital, el Hospital reducirá el monto total de la factura al monto que el Hospital habría recibido de Medi-Cal u otro programa de beneficios de salud patrocinado por el gobierno del que participe

el hospital. Si el Hospital presta un servicio para el cual no se ha determinado el monto que debería pagar el programa de beneficios de salud patrocinado por el gobierno, el Hospital deberá aplicar un descuento apropiado como para no superar el monto facturado generalmente a quienes cuentan con cobertura médica para dicho servicio.

“Medidas Extraordinarias de Cobro” se refiere a las siguientes medidas tomadas contra una persona para obtener el pago de una factura emitida por atención médica cubierta por la Política de Asistencia Financiera del Hospital:

- Vender la deuda de la persona a otra parte.
- Comunicar el historial de pago negativo de la persona a agencias de asesoramiento sobre créditos al consumidor u otras agencias de crédito.
- Ante la falta de pago de una o más facturas emitidas por servicios ya prestados bajo la Política de Asistencia Financiera del Hospital, el Hospital puede diferir o negarse a prestar nuevos servicios o exigir el pago antes de prestar atención médica necesaria, excepto que el Hospital pueda demostrar que exigió el pago a la persona sobre la base de otros factores y sin considerar la falta de pago de facturas previas.
- Medidas que requieren un proceso legal o judicial y que no están prohibidas, de otro modo, por esta política o por la ley imperante, incluyendo el embargo de la cuenta bancaria u otros bienes muebles de la persona, el inicio de una acción civil en su contra o el pedido de su detención o una orden de arresto.
- Otras medidas que el Hospital no puede tomar pero sí una agencia de cobro u otro cesionario no controlado por ni afiliado al Hospital, en determinadas circunstancias, incluyendo la constitución de un derecho de retención (excepto derechos de retención que el hospital pueda hacer valer en virtud de las leyes del estado para retener el monto de un juicio, arreglo o conciliación a pagar a una persona por daños físicos por los que el hospital prestó atención médica), la ejecución de los bienes de una persona o el embargo del salario de una persona por orden judicial.

“Plan de Pago Razonable” se refiere a pagos mensuales que no superan el 10% del ingreso familiar mensual de un paciente tras la deducción de gastos básicos, que incluyen: alquiler o pagos por vivienda y mantenimiento, alimentos y artículos domésticos, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos por servicios médicos y odontológicos, seguro, escuela o guardería, pensión alimenticia, transporte y gastos del vehículo, incluyendo seguro, combustible, reparaciones, pago de cuotas, lavandería y limpieza y otros gastos extraordinarios.

POLÍTICA DEL HOSPITAL

Programa de Asistencia Financiera- incluye Atención Médica prestada bajo el programa de Beneficencia y Asistencia Financiera para Pacientes de Bajos Recursos.

Atención de Beneficencia: se ofrece a pacientes con un Ingreso Familiar equivalente o inferior al doscientos por ciento (200%) del Nivel Federal de Pobreza actualizado y que no cuentan con recursos suficientes para pagar la factura emitida por el Hospital por los servicios prestados. La atención brindada a los pacientes que califican para acceder al programa de beneficencia se ofrece en forma gratuita. Para determinar qué pacientes califican para recibir Atención de Beneficencia, el Hospital puede considerar los ingresos y ciertos activos monetarios del paciente, según se definen en esta Política.

Asistencia Financiera para Pacientes de Bajos Recursos: se ofrece a los Pacientes que Califican para recibir Asistencia Financiera pero no califican para recibir atención gratuita. En el caso de los Pacientes que Califican para recibir Asistencia Financiera, el Hospital ajustará el monto bruto de la factura

reduciéndolo al Monto Generalmente Facturado y negociará un Plan Razonable de Pago con los pacientes. El Hospital puede solicitar los últimos talones de cheques/comprobantes de pago o declaraciones de impuestos del paciente para documentar su ingreso familiar.

Planes de Pago Extendido: estos planes se ofrecen a pacientes que reciben Asistencia Financiera por Bajos Recursos permitiéndoles pagar el precio con descuento a lo largo de un periodo de tiempo. Los Planes de Pago Extendido se negocian entre el Hospital y el paciente en función del Ingreso Familiar del paciente y sus gastos básicos. Durante el periodo correspondiente al Plan de Pago Extendido no se cobrarán intereses a los pacientes. Si un paciente con un Plan de Pago Extendido no realiza ninguno de los pagos consecutivos que le corresponden durante 90 días, el Hospital puede dejar el Plan sin efecto. No obstante, antes de tomar esta medida, el Hospital hará lo posible, dentro de lo razonable, para contactarse con el paciente por teléfono y le notificará por escrito que, si no se renegocia, el plan quedará sin efecto.

Presentación de Información Financiera relacionada con Servicios de Beneficencia—la atención médica de beneficencia incluirá todos los montos pasados a pérdida por servicios prestados a pacientes que califican para recibir atención gratuita en virtud de esta política. Asimismo, se pueden imputar a pérdida los montos correspondientes a la atención brindada a pacientes que califican para Medi-Cal pero que no reciben cobertura para la totalidad de su estadía hospitalaria. Estos montos incluyen gastos por servicios no cubiertos y días de internación o estadías hospitalarias que el seguro del paciente se niega a cubrir. Los montos relacionados con Solicitudes de Autorización de Tratamiento (TAR, por sus siglas en inglés) denegadas y otros servicios impagos prestados a pacientes que califican para Medi-Cal se pasarán a pérdida como beneficencia.

Calificación de Activos para recibir Atención de Beneficencia—los activos monetarios de los pacientes también pueden ser considerados para determinar si el paciente cuenta con suficientes activos como para pagar el total o parte de la factura emitida por el Hospital por los servicios prestados. El hospital puede negarse a prestar atención médica de beneficencia a pacientes con activos monetarios suficientes, incluso si su nivel de ingresos cumple con los requisitos básicos para acceder al programa de beneficencia. Para determinar la obligación de pago de un paciente, la evaluación de sus activos monetarios considerará tanto el valor del activo monetario como el monto adeudado (valor neto). Los siguientes activos serán excluidos de esta evaluación:

- planes de jubilación o remuneración diferida que califican bajo el Código de Rentas Internas
- Planes de remuneración diferida no calificada
- Primeros diez mil dólares (\$10.000) y cincuenta por ciento (50%) de los activos monetarios de un paciente sobre los primeros diez mil dólares (\$10.000)

Prestadores Cubiertos—esta Política de Asistencia Financiera cubre únicamente al Hospital y a ningún otro proveedor.

Médicos de Emergencias—por ley, los médicos de emergencia que prestan servicios médicos en un hospital que atiende emergencias deben ofrecer descuentos a los pacientes que califican para recibir asistencia financiera.

COMUNICACIÓN

-El sitio web de Barlow Respiratory Hospital [barlowhospital.org] contiene la Política de Asistencia Financiera-Atención de Beneficencia y con Descuento, el formulario de solicitud de la Política y un resumen de la Política en lenguaje llano y sencillo en inglés, español y armenio. Usted puede solicitar que se le envíe por correo en forma gratuita una copia impresa de la Política de Asistencia Financiera, el

formulario de solicitud de la Política y el resumen en lenguaje sencillo. Las copias impresas de estos documentos también están disponibles en el Departamento de Servicios Sociales del Hospital.

-Hay avisos de la existencia de la Política de Asistencia Financiera en la galería principal del campus de Barlow Main, en la sala de espera de BRH@VPH y en el pasillo frente a la enfermería del campus BRH@PIH. Estos avisos están en idioma inglés, español y armenio.

-Todos los pacientes ingresados al Hospital reciben un paquete de admisión que incluye un aviso sobre la disponibilidad de asistencia financiera e información sobre cómo solicitarla.

-Si un paciente no presenta información sobre su seguro o cobertura médica o solicita información sobre el programa de asistencia financiera, el personal del Departamento de Servicios Financieros estará disponible para ayudar a los pacientes y a sus familias a completar la Solicitud de Asistencia Financiera y dará instrucciones y/o asistirá con la solicitud a los pacientes que deseen solicitar cobertura a Medi-Cal, California Health Benefit Exchange, California Children's Services Program o derivará a dichos pacientes a un centro local de asistencia al cliente que pueda ayudarlos a aplicar a cualquiera de estos programas.

-La primera factura que emite el Hospital a un paciente incluye información adicional (no provista previamente) sobre opciones de cobertura médica y un aviso que indica que el paciente podría calificar para acceder a Medicare, Medi-Cal, cobertura brindada mediante los programas California Health Benefit Exchange y California Children's Services Program u otra cobertura médica financiada por el condado o el estado o asistencia financiera o de beneficencia por parte del Hospital. La factura incluye el nombre y el número de teléfono de un empleado del Hospital que puede brindar más información al paciente sobre la Política de Asistencia Financiera del Hospital. También explica que el paciente puede aplicar en forma simultánea a los programas del Hospital (programa de atención médica de beneficencia o programa de asistencia financiera para pacientes de bajos recursos) y a otros programas de cobertura. Además, se incluyen los números de teléfono y los sitios de internet de Covered California y el Ministerio de Salud de California y un centro de asistencia legal local que ayuda a pacientes a obtener cobertura médica.

-Toda factura que el Hospital emita posteriormente incluirá un aviso que informa por escrito a los destinatarios de la disponibilidad de asistencia financiera y el número de teléfono de un departamento o un empleado del Hospital que puede brindar información sobre cómo aplicar a estos programas. Estos avisos también incluyen la dirección del sitio web donde se puede acceder a la Política de Asistencia Financiera, el formulario de solicitud de la Política y el resumen de la Política en lenguaje llano y sencillo.

PROCESO

La Política de Asistencia Financiera se basa en la cooperación de los pacientes y las familias en la presentación oportuna y precisa de información sobre su cobertura médica e información para verificar sus ingresos y activos. El hospital utiliza un formulario de solicitud de asistencia financiera para recolectar información de los pacientes que, potencialmente, podrían calificar para recibir asistencia financiera. Para poder determinar si un paciente cumple o no con los requisitos para recibir Asistencia Financiera, el Hospital puede pedir al paciente que complete esta Solicitud de Asistencia Financiera y presente cualquier otra información adicional requerida. Para documentar el ingreso familiar, el Hospital puede solicitar al paciente los últimos talones de cheques/comprobantes de pago o declaraciones del impuesto a las ganancias.

Para determinar si un paciente califica para recibir Atención Médica de Beneficencia y, si hay motivo para creer que el paciente posee activos monetarios considerables a pesar de poseer un ingreso familiar bajo, el Hospital puede solicitar a un tercero que verifique la información financiera del paciente. El Hospital

puede solicitar al paciente o su familia que firme una renuncia o exención de responsabilidad que autorice al Hospital a obtener información de cuentas bancarias de instituciones financieras o comerciales u otras entidades depositarias de los activos monetarios para verificar su valor. La información obtenida para determinar si un paciente reúne los requisitos para acceder al programa de atención médica de beneficencia no será utilizada para actividades de cobranza.

Se negará el acceso a los programas de asistencia financiera a los pacientes que se nieguen a aplicar a Medi-Cal u otro programa de salud y asistencia social para el que califiquen o que no cooperen o demoren el trámite. En general, el paciente tendrá 30 días para completar los formularios necesarios para solicitar asistencia financiera y presentar la documentación respaldatoria. Asimismo, y según lo estipulado por la ley que regula los derechos de retención de los hospitales (*Hospital Lien Act*; Artículo 3045.1 del Código Civil de California) se requiere la cesión al Hospital de todos los pagos de seguros, incluyendo pagos de obligaciones o deudas (*liability settlements*).

Se puede determinar la presunta elegibilidad (sin presentar la solicitud) de pacientes inscritos en Medi-Cal (los gastos por servicios prestados a pacientes inscritos en Medi-Cal que no estén cubiertos o para los que se niegue la cobertura mediante la denegación de una Solicitud de Autorización de Tratamiento serán considerados como atención de beneficencia) y pacientes fallecidos sin patrimonio conocido.

Si un paciente aplica a otro programa de cobertura o si su solicitud a dicho programa está pendiente de respuesta mientras solicita acceder al programa de atención de beneficencia o con descuento del hospital, ninguna de estas solicitudes impedirá que el paciente sea elegible para acceder a cualquiera de los demás programas.

Aprobación Final y Notificación de Aptitud para recibir Asistencia Financiera

La Aptitud para acceder al programa de Asistencia Financiera debe ser aprobada por el Director Ejecutivo (“CEO”) o el Director Financiero (“CFO”) y documentarse en el Formulario de Aprobación de Asistencia Financiera. Toda decisión que apruebe o niegue acceso al programa de beneficencia, debe ser notificada por escrito al paciente o la parte responsable. La carta de notificación debe incluir la siguiente información:

- Nombre del paciente
- Número de cuenta(s)
- Saldo pendiente actual de la(s) cuenta(s)
- Monto en dólares o cantidad de días de internación cubiertos por el programa de beneficencia (que, en general, serán todos los montos)
- Cualquier saldo que vaya a quedar pendiente en la cuenta (si solo se pasará a pérdida una parte de la cuenta, por ejemplo, montos incurridos tras agotar la cantidad específica de servicios que acuerda cubrir una póliza)
- Si la carta informa que el paciente no califica para recibir asistencia financiera, información sobre el proceso de apelación.

La carta debe estar firmada por el CEO o CFO.

Se debe formar un Comité de Asistencia Financiera integrado por el CEO, el Director Médico y el Vicepresidente de Desarrollo Comercial. Deberes del Comité:

- Revisar las apelaciones de los casos de denegación de asistencia financiera, incluyendo la siguiente documentación:
 - Carta de apelación del paciente o la parte responsable que solicita la reevaluación de la negativa a prestar asistencia financiera.
 - Documentación respaldatoria adicional a la disponible durante el proceso de elegibilidad inicial que podría demostrar la incapacidad de pago del paciente.
- Hacer recomendaciones al CEO o CFO para la aprobación definitiva.

Otros

Al registrar los servicios prestados a pacientes bajo el programa de atención médica de beneficencia, el Hospital seguirá sus procedimientos habituales.

Las actividades de cobranza del Hospital se suspenderán durante el periodo de postulación según la Política de Asistencia Financiera del Hospital y finalizarán una vez que el paciente sea declarado apto para recibir atención médica de beneficencia. Respecto de los pacientes sin seguro médico o que manifiesten tener costos médicos elevados, ni el Hospital ni ningún otro titular de la deuda del paciente brindarán información adversa a agencias de asesoramiento sobre créditos al consumidor ni iniciarán acciones civiles contra el paciente por falta de pago hasta transcurridos 150 días desde la primera factura.

Ante la falta de pago, el Hospital seguirá su Política de Prácticas de Facturación y Cobranza para Atención de Beneficencia y con Descuento. El Hospital hará lo razonablemente posible para determinar si una persona califica para recibir Asistencia Financiera bajo esta Política antes de emprender Medidas Extraordinarias de Cobro. Estos esfuerzos razonables incluyen informar a la persona verbalmente y por escrito sobre cómo acceder al programa de beneficencia y atención médica para personas de bajos recursos, dando a la persona un periodo de tiempo razonable para solicitar asistencia antes de emprender Medidas Extraordinarias de Cobro, evaluar los formularios presentados para solicitar asistencia financiera en forma oportuna y explicar cómo completar la solicitud a quienes hayan presentado solicitudes incompletas.

El Hospital solicitará la adhesión a la Política de Prácticas de Facturación y Cobranza para Atención de Beneficencia y con Descuento del Hospital a toda agencia de cobro con la que trabaje. El Hospital no enviará ninguna factura impaga a una agencia de cobro hasta que dicha agencia no se haya comprometido por escrito a cumplir con el Artículo 127400 y *siguientes* del Código de Salud y Seguridad de California y con el 26 U.S.C. § 501(r), incluyendo las normas de implementación en 26 C.F.R. § 1.501(r) y *siguientes*.

El Formulario de Aprobación de Asistencia Financiera completo se archivará en el Departamento de Servicios Financieros.

El monto correspondiente a atención médica brindada bajo el programa de beneficencia se informará por separado en los estados contables mensuales.

Barlow Respiratory Hospital	Política de Asistencia Financieras-Atención de Beneficencia o a Menor Costo	Pág. 7 de 7
--	--	--------------------

Aprobado por el Directorio del Hospital el 14 de septiembre de 2015.