

Barstow Community Hospital Política de Pagos con Descuento

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:

La fecha de entrada en vigencia de la presente Política de Pagos con Descuento (“Política”) es el 29 de abril de 2016.

PROPÓSITO:

1. Barstow Community Hospital (“Barstow” o el “hospital”) tiene el compromiso de brindar a la zona de High Desert y a sus residentes servicios de hospitalización y ambulatorios, así como atención médica, quirúrgica y de emergencia.
2. El propósito de esta Política es definir los criterios de elegibilidad para los pacientes que solicitan asistencia financiera en forma de Pagos con Descuento para cubrir los costos de su atención necesaria por razones médicas en Barstow.
3. Con esta Política, Barstow pretende esbozar el proceso para determinar la elegibilidad y solicitar Pagos con Descuento, comunicar de manera eficaz estos criterios y procesos a los pacientes necesitados, y garantizar que todas las políticas se apliquen de forma precisa y coherente.
4. Todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago, recibirán un trato equitativo, digno, respetuoso y compasivo. La disponibilidad y la concesión de los Pagos con Descuento se basarán en una determinación individualizada de los ingresos familiares, y no tendrán en cuenta la edad, el sexo, la raza, la condición social o migratoria, la orientación sexual ni la religión.
5. Esta Política se establece en cumplimiento de los requisitos establecidos en el Código de Salud y Seguridad de California §§ 127400 et seq.

ALCANCE:

Esta Política se aplica a todo el personal de Barstow y rige sus interacciones con los pacientes que solicitan Pagos con Descuento.

DEFINICIONES:

A efectos de la presente Política, los términos que figuran a continuación se definen del siguiente modo:

Solicitud: “Solicitud de Pagos Hospitalarios con Descuento y de Atención de Caridad”.

Atención de Caridad: atención gratuita.

Pago con Descuento: cualquier cargo por atención que se reduzca pero no sea gratuito.

Médico de emergencias: médico o cirujano con licencia acreditado por el hospital y empleado o contratado por el hospital para prestar servicios médicos de emergencia en el departamento de emergencias del hospital. Un “médico de emergencias” no se refiere a un médico especialista que sea llamado al departamento de emergencias del hospital o que forme parte del personal o tenga privilegios en el hospital fuera del departamento de emergencias.

Gastos esenciales de subsistencia: gastos por cualquiera de los siguientes conceptos: alquiler o pago y mantenimiento de la vivienda; alimentos y suministros domésticos; servicios públicos y teléfono; ropa; pagos médicos y dentales; seguros; escuela o guardería; manutención de los hijos o del cónyuge; gastos de transporte y automóvil, incluidos seguro, gasolina y reparaciones; pagos a plazos; lavandería y limpieza; y otros gastos extraordinarios.

Nivel Federal de Pobreza (NFP): las directrices de pobreza actualizadas periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Paciente que cumple los requisitos económicos: un paciente que reúne las dos condiciones siguientes: (1) un paciente sin seguro/con pago por cuenta propia, o un paciente con gastos médicos elevados; y (2) un paciente cuyos ingresos familiares no superen el 400 % del Nivel Federal de Pobreza.

Garante: persona que tiene la responsabilidad financiera legal por los servicios de atención médica del paciente.

Gastos de bolsillo: cualquier gasto por atención médica que el seguro o programa de cobertura médica no reembolse, como los copagos de Medicare o la participación en los costos de Medi-Cal.

Atención necesaria por razones médicas: cualquier procedimiento razonablemente determinado (por un proveedor) como necesario para prevenir, diagnosticar, corregir, curar, aliviar o evitar el empeoramiento de cualquier afección, dolencia, lesión o enfermedad que ponga en peligro la vida, cause sufrimiento o dolor, provoque enfermedad o debilidad, amenace con causar o agravar una discapacidad, o cause una deformidad o disfunción física, o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo malformada, si no se dispone de un tratamiento igualmente eficaz, más conservador o menos costoso. La atención necesaria por razones médicas no abarca los procedimientos electivos o estéticos.

Activos monetarios: activos convertibles en efectivo. Esto no abarca los planes de jubilación o de compensación diferida cualificados conforme al Código de Impuestos Internos, los planes de compensación diferida no cualificados ni los activos por debajo de la asignación máxima de recursos del cónyuge comunitario conforme a la Sección 1396r-5(d) del Título 42 del Código de los Estados Unidos.

Familia del paciente: para los pacientes de 18 años o más, la familia del paciente se define como su cónyuge, pareja de hecho e hijos dependientes menores de 21 años, o de cualquier edad si son discapacitados, vivan o no en la casa. En el caso de los menores de 18 años o de los hijos dependientes de 18 a 20 años, ambos inclusive, la familia del paciente se define como sus padres, los familiares que los cuidan y los demás hijos dependientes de los padres o familiares que los cuidan menores de 21 años, o de cualquier edad si son discapacitados.

Paciente con gastos médicos elevados: paciente cuyo ingreso familiar es igual o inferior al 400 % del Nivel Federal de Pobreza. “Gastos médicos elevados” significa lo siguiente: (1) los gastos médicos de bolsillo anuales del paciente en el hospital, que ningún seguro o programa de cobertura médica reembolse y que superen el 10 % de los ingresos familiares actuales del paciente o de los ingresos familiares en los 12 meses anteriores, el que sea menor; o (2) los gastos médicos de bolsillo anuales del paciente en cualquier centro, que ningún seguro o programa de cobertura médica reembolse y que superen el 10 % de los ingresos familiares del paciente si este aporta documentación de los gastos médicos del paciente pagados por él o su familia en los 12 meses anteriores; o (3) un nivel inferior determinado por el hospital de acuerdo con esta Política.

Plan de pago razonable: pagos mensuales que no superan el 10 % de los ingresos familiares del paciente durante un mes, excluidas las deducciones por gastos esenciales de subsistencia.

Paciente con pago por cuenta propia o sin seguro: un paciente que no tiene cobertura de terceros a través de una aseguradora de salud, un plan de servicios de atención médica, Medicare o Medicaid/Medi-Cal, y cuya lesión no es una lesión indemnizable por indemnización laboral, seguro de automóvil u otro seguro (responsabilidad de terceros), según lo determinado y documentado por el hospital. Entre los pacientes con pago por cuenta propia se pueden incluir los pacientes de Atención de Caridad.

PROCEDIMIENTO

A. *Elegibilidad*

Todos los pacientes sin seguro o con pago por cuenta propia tienen derecho a un descuento del 40 % de sus gastos médicos por los servicios prestados en el hospital.

Está disponible para cualquier paciente que cumpla los requisitos económicos, es decir, un paciente cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores al 400 % del Nivel Federal de Pobreza, y que cumpla los siguientes requisitos:

1. Es un paciente sin seguro o con pago por cuenta propia; o
2. tiene gastos médicos elevados. *Consulte la* Política de Atención de Caridad.

El hospital utiliza una solicitud única y unificada de asistencia financiera para los pacientes. El proceso está diseñado para dar a cada solicitante la oportunidad de recibir la máxima asistencia financiera a la que pueda optar. Un paciente que solo solicite un Pago con Descuento puede recibir menos asistencia que un paciente que también solicite la Atención de Caridad.

Todo paciente que solicite asistencia financiera, que indique que puede ser un paciente que cumple los requisitos económicos o que indique su incapacidad económica para pagar la atención necesaria por razones médicas recibirá una solicitud. El personal del hospital puede acceder a copias de la solicitud para facilitárselas a los pacientes potencialmente elegibles para los Pagos con Descuento comunicándose con nuestro director de admisiones al 760-957-3133.

Los pacientes también pueden acceder directamente a la solicitud comunicándose con el director de admisiones al 760-957-3133.

B. Proceso de solicitud y determinación de la elegibilidad

La elegibilidad para los Pagos con Descuento se determinará de acuerdo con los siguientes procedimientos:

1. La solicitud es solo para uso interno.
2. Al ser admitidos en el hospital, todos los pacientes sin seguro y con seguro sin descuento recibirán información por escrito sobre la disponibilidad de los Pagos con Descuento, así como sobre la disponibilidad de un asesor financiero que pueda examinar la elegibilidad del paciente para la cobertura de Medicare, Medi-Cal y otros terceros pagadores. Se pedirá al paciente que firme un acuse de recibo de dicha información escrita. El acuse de recibo original firmado se conservará en la historia clínica del paciente, y al paciente se le entregará una copia.
3. Todos los pacientes sin seguro y los pacientes con seguro no documentado también recibirán un folleto que explica la Política de Pagos con Descuento y el Programa de Atención de Caridad del hospital. Los pacientes interesados recibirán un formulario de solicitud que deberán rellenar durante el proceso de registro o de asesoramiento financiero.
4. Se presume que los servicios prestados en el hospital son necesarios por razones médicas, a menos que, antes de denegar a un paciente la elegibilidad para el programa de Pagos con Descuento, el hospital facilite un certificado firmado por el médico supervisor a cargo de la remisión en el que se declare que los servicios hospitalarios en cuestión no eran necesarios por razones médicas.
5. El hospital no exigirá a un paciente que solicite Medicare, Medi-Cal u otra cobertura antes de que se lo evalúe para un Pago con Descuento o antes de recibirlo. Cuando se evalúe si el paciente es elegible para recibir un Pago con Descuento, el hospital podrá exigirle que participe en una evaluación de elegibilidad para Medi-Cal.
6. El personal del hospital accederá a una copia de la solicitud y se la facilitará al paciente solicitante o que cumpla los requisitos necesarios. La solicitud está disponible en los principales idiomas del área de servicio. A los solicitantes que hablen otros idiomas, el hospital les proporcionará la asistencia de un intérprete para rellenar el formulario.
7. El paciente deberá rellenar la solicitud y aportar documentación de respaldo, que se tendrá en cuenta para que el hospital determine su elegibilidad:
 - a. Una declaración de impuestos reciente, es decir, una declaración de impuestos en la que se documenten los ingresos del paciente correspondientes al año en que se facturó por primera vez al paciente o a los 12 meses anteriores a la fecha en que se facturó por primera vez al paciente; y/o

- b. Recibos de pago recientes, es decir, recibos de pago que se encuentren dentro del período de 6 meses anterior a que el hospital haya facturado por primera vez al paciente o, en el caso de preservicios, cuando se presente la solicitud, o una carta del empleador.

El hospital puede aceptar otras formas de documentación de ingresos, pero no debe exigir otros formularios. El hospital puede determinar presuntamente que un paciente es elegible para un pago con descuento a partir de información distinta a la proporcionada por el paciente o de una determinación de elegibilidad previa. El hospital no podrá tener en cuenta los activos monetarios de un paciente a la hora de determinar la elegibilidad en virtud de esta Política.

- 8. El hospital puede exigir que un paciente o garante pague al hospital el monto total de cualquier reembolso enviado directamente al paciente o garante por un tercero pagador por los servicios del hospital. Si el paciente recibe un acuerdo legal, sentencia o adjudicación en virtud de una acción de un tercero responsable que incluya el pago de servicios de salud o atención médica relacionados con la lesión, el hospital puede exigir al paciente o garante que reembolse al hospital los servicios de salud relacionados prestados hasta el monto razonablemente adjudicado para ese fin.
- 9. El hospital debe determinar si un paciente cumple los requisitos para recibir los Pagos con Descuento en cualquier momento en que reciba la declaración de impuestos y los recibos de pago del paciente, o si determina presuntamente que un paciente cumple los requisitos para recibir los Pagos con Descuento. El hospital no puede imponer plazos para solicitar los Pagos con Descuento, ni denegar la elegibilidad en función del momento en que el paciente presente la solicitud.
- 10. Los requisitos de documentación figuran en la solicitud. El paciente debe hacer todos los esfuerzos razonables para facilitar al hospital la documentación que acredite sus ingresos y la cobertura de beneficios de salud. Si un paciente no facilita la información razonable y necesaria para que el hospital pueda determinar si cumple los requisitos, el hospital podrá tener en cuenta dicha omisión a la hora de determinar si cumple los requisitos. El paciente también debe certificar por escrito que la información que facilita al hospital es exacta.
- 11. Cuando un paciente parece calificar para los Pagos con Descuento, la solicitud se enviará a la oficina administrativa para que el asesor financiero o el gerente de la oficina administrativa realicen la determinación final.
- 12. Si el asesor financiero determina que el paciente cumple los requisitos para los Pagos con Descuento, entregará la solicitud completada y aprobada al gerente de la oficina administrativa para la autorización de aprobación, antes de la condonación.

13. Una vez que se apruebe una cuenta para los Pagos con Descuento, el asesor financiero se comunicará con cualquier proveedor que pueda estar trabajando en la cuenta para detener todos los esfuerzos de cobro de la cuenta.
14. Una vez aprobados los Pagos con Descuento, la cuenta se trasladará a la clase financiera correspondiente hasta que se procese el ajuste y se contabilice/aplique en la cuenta. Una vez contabilizado el ajuste, si queda un saldo pendiente de pago por parte del paciente, se cambiará la clase financiera a pago por cuenta propia y se enviará una carta al paciente por el saldo pendiente. En la carta se indicará que el descuento se ha aplicado en la cuenta del paciente.
15. Si la solicitud está incompleta, será responsabilidad del asesor financiero comunicarse con el paciente por correo o por teléfono para obtener la información necesaria.
16. Los pacientes deben disponer de acuerdos de pago mensual sin intereses acordados por ambas partes.
17. El director financiero puede eximir de los requisitos de documentación y aprobar un caso para asistencia financiera/Atención de Caridad a su entera discreción si considera que el paciente cumple/debería cumplir los requisitos para la caridad. El monto o el porcentaje del descuento por Atención de Caridad se dejará a discreción del director financiero. La exención de los requisitos de documentación debe anotarse en la sección de comentarios de la cuenta del paciente, así como el porcentaje o el monto en dólares aprobados para el ajuste de caridad; esto debe imprimirse y adjuntarse a la solicitud.
18. Una vez que se haya determinado la elegibilidad, los resultados se documentarán en la sección de comentarios de la cuenta del paciente, y la solicitud completada y aprobada se archivará adjunta a la hoja de ajuste y se conservará a efectos de auditoría. El director general, el director financiero y el gerente de la oficina administrativa darán su visto bueno a la condonación firmando al pie de la solicitud. Los requisitos de firma se basarán en la política financiera de Quorum Health Corporation (QHC) para la aprobación de ajustes.
19. La información relativa al monto de la Atención de Caridad proporcionada por el hospital, basada en los ejercicios fiscales del hospital, se recopilará de forma agregada y se incluirá en el informe anual presentado al Estado. En estos informes también se incluirá información relativa a la prestación de atención médica a indigentes patrocinada por el Gobierno y otros beneficios del condado.
20. El hospital puede eximir o reducir los montos de participación en los costos de Medi-Cal y Medicare como parte de su programa de Pagos con Descuento. Al eximir o reducir los montos de participación en los costos de Medicare, el hospital puede tener en cuenta los activos monetarios del paciente en la medida necesaria para que el hospital reciba el reembolso

del programa Medicare por deudas incobrables de Medicare sin intentar cobrar los montos de participación en los costos al paciente, tal y como exige la legislación federal.

21. La revisión de la elegibilidad para los Pagos con Descuento implicará cualquier otra cuenta pendiente del paciente que también pueda ser elegible para la asistencia financiera.
22. En caso de disputa respecto de la elegibilidad del paciente para un Pago con Descuento, el paciente puede solicitar una revisión al director de admisiones al 760-957-3133, o al gerente de la oficina administrativa.
23. Los pacientes que deseen apelar la denegación de asistencia en virtud de esta Política deben incluir una explicación de la razón por la que debe reconsiderarse la solicitud. El gerente de la oficina administrativa revisará cualquier información adicional. Si la información sigue dando lugar a una denegación, el gerente de la oficina administrativa presentará la solicitud al director financiero, quien tomará la decisión final. La decisión del director financiero es definitiva.

C. Determinaciones de Pagos con Descuento

Cada solicitud se revisará individualmente, y los pacientes elegibles podrán abonar un Pago con Descuento. La determinación de los Pagos con Descuento a los que puede optar un paciente debe confirmarse lo más cerca posible del momento de la prestación del servicio. El hospital hará todo lo posible por determinar si el paciente cumple los requisitos en un plazo de 30 días a partir de la recepción de toda la información y documentación solicitadas.

A los pacientes que cumplan los requisitos para recibir un Pago con Descuento no se les cobrará un monto de gastos de bolsillo que supere el 10 % de sus ingresos de los 12 meses anteriores.

La determinación de que un paciente tiene capacidad para pagar el resto de su factura no impide una nueva evaluación de la capacidad de pago del paciente en una fecha posterior si se produce un cambio en la situación financiera del paciente.

D. Disponibilidad de información sobre Pagos con Descuento

1. Durante la preadmisión o el registro (o tan pronto como sea posible y después de la estabilización de la condición médica de emergencia del paciente en el caso de los servicios de emergencia), el hospital proporcionará a todos los pacientes información relativa a la asistencia financiera, que también incluye un resumen en lenguaje sencillo de la Política de Pagos con Descuento.
2. El hospital también proporcionará a los pacientes la información de contacto de un empleado u oficina del hospital para obtener más información sobre los Pagos con Descuento. La información facilitada estará en el idioma principal del área de servicio del hospital y será coherente con todas las leyes y reglamentos federales y estatales aplicables.

3. El hospital publicará de forma destacada información sobre los Pagos con Descuento en la página web del hospital e incluirá un enlace a la propia Política en la página web del hospital.

E. Pagos con Descuento para atención de emergencia

Un médico de emergencias que preste servicios médicos de emergencia en el hospital debe ofrecer descuentos a los pacientes sin seguro/con pago por cuenta propia o a los pacientes que cumplan los requisitos económicos con gastos médicos elevados. Este requisito no impone ninguna responsabilidad adicional al hospital.

F. Plan de pago ampliado disponible

1. Los pacientes que son elegibles para un Pago con Descuento también son elegibles para un plan de pago ampliado sin intereses que permite abonar el precio con descuento a lo largo del tiempo. El hospital y el paciente deben negociar las condiciones del plan de pago. Para ello, el hospital debe tener en cuenta los ingresos familiares del paciente y sus gastos esenciales de subsistencia. El hospital puede tener en cuenta la disponibilidad de una cuenta de ahorros médicos del paciente en posesión del paciente o de su familia. Si el hospital y el paciente no llegan a un acuerdo sobre las condiciones del plan de pago, el hospital debe crear un Plan de Pago Razonable utilizando la fórmula descrita en el Código de Salud y Seguridad de California 127400(i).
2. El hospital podrá declarar que el plan de pago ampliado deja de ser operativo tras el impago por parte del paciente de todos los pagos consecutivos adeudados durante un período de 90 días a partir de la fecha de vencimiento del primer estado de cuenta no pagado por el paciente.
3. Antes de declarar que el plan de pago ampliado deja de ser operativo, el hospital notificará por escrito al paciente que el plan de pago ampliado dejará de ser operativo. Este aviso debe enviarse al menos 60 días calendario después de la primera factura impagada y se deben proporcionar al paciente al menos 30 días calendario para realizar un pago antes de que el plan de pago ampliado deje de ser operativo.
4. Una vez que el plan de pago ampliado deje de ser operativo, el paciente será responsable del monto descontado para el que previamente se haya determinado que era elegible y recibirá crédito por cualquier pago realizado previamente en virtud del pago ampliado.

Fecha de la última revisión: 16 de diciembre de 2024