

## **OBJETIVO**

Garantizar que Sky Lakes Medical Center proporcione asistencia financiera de forma justa, consistente y objetiva.

## **POLÍTICA**

**Sky Lakes Medical Center proporciona servicios de atención médica de emergencia de conformidad con la Ley de Normas Razonables de Trabajo y Tratamientos de Emergencias Médicas (EMTALA, por sus siglas en inglés), independientemente del seguro o situación financiera del paciente. Los descuentos para los servicios de emergencia se determinan después de que se cumplan las obligaciones que se establecen en la ley EMTALA.**

Sky Lakes Medical Center brindará de forma gratuita los servicios tradicionales, no electivos a aquellos pacientes que cumplan con los requisitos financieros que requiere el establecimiento. Los «Lineamientos federales de ingresos de pobreza», que se publican todos los años, se convertirán en la herramienta de medición financiera que utilizaremos.

Sky Lakes Medical Center no discrimina por raza, color de piel, religión, sexo, edad, discapacidad ni nacionalidad de origen.

La asistencia financiera que proporciona Sky Lakes Medical Center tiene la intención de ayudar a los habitantes integrantes de las comunidades donde brindamos nuestros servicios, entre los que se incluyen los condados de Klamath y Lake en Oregon, y los condados de Modoc y Siskiyou en California. Se deberá contar con un comprobante de residencia vigente para proceder con la solicitud.

Los pacientes que radican fuera de esta área de servicio y que requieran de un tratamiento de emergencia o de urgencia mientras viajan hacia, visitan o trabajan temporalmente en el área principal de servicio de Sky Lakes Medical Center también se les puede considerar elegibles para recibir asistencia financiera.

La asistencia financiera solo se aplica a las cuentas que factura Sky Lakes Medical Center. Los demás médicos independientes, entre los que se incluyen anesthesiólogos, cirujanos, patólogos y otros especialistas pueden facturar por separado. La asistencia financiera no se aplicaría a estas facturas.

Otros **SERVICIOS EXCLUIDOS** pueden ser:

- los servicios que se consideran no cubiertos o no médicamente necesarios conforme al programa de Medicaid del estado de Oregon o al seguro privado del paciente;
- los servicios que no son de emergencia que se proporcionan a un paciente que elige venir a Sky Lakes Medical Center fuera de la red del plan de su seguro;
- los pacientes que tienen seguro pero que optan por no usarlo;
- procedimientos electivos;
- medicamentos o artículos recetados para uso en casa que hayan sido entregados por la Farmacia; y
- equipo médico duradero.

## **INGRESOS DEL HOGAR**

Los ingresos del hogar se determinan siguiendo la definición de la Oficina de Censos, que utiliza los siguientes ingresos al calcular los lineamientos federales de pobreza:

- Los ingresos incluyen los ingresos salariales, compensación por desempleo, indemnización por accidentes laborales, ingresos del seguro social, seguridad de ingreso complementario, asistencia

pública, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, pensiones o ingresos por jubilaciones, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingreso de propiedades, fideicomisos, pensión alimenticia y manutención de los hijos.

- Se excluyen beneficios como seguro médico, cupones de alimentos y subsidios para la vivienda.
- También se excluyen las ganancias o pérdidas de capital.

Éstas son pautas generalmente aceptadas. Tenga en cuenta que si las circunstancias financieras del paciente, como otras facturas médicas, capacidad de ganancia a futuro o un evento catastrófico importante afectan en gran medida la capacidad del paciente para realizar pagos futuros, puede tomarse consideraciones adicionales para recibir Atención de Caridad.

### **CHANGE HEALTHCARE (antes CHANGE HEALTHCARE)**

Contratamos a un proveedor que se llama Change Healthcare para que nos ayude a identificar pacientes que pueden cumplir con los requisitos para recibir cobertura a través de los siguientes programas del gobierno:

- Asistencia a Víctimas de Delitos Mayores;
- Medicaid de Emergencia para Extranjeros Indocumentados;
- Medicaid para Mujeres Embarazadas y Niños;
- Programa contra el Cáncer de Mama y Cuello Uterino de Oregon;
- Medicaid;
- Medicare;
- Seguridad de Ingreso Complementario (SSI, por sus siglas en inglés);
- Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés); y
- Veteranos

Change Healthcare trabajará con estas personas durante el proceso de requisitos para recibir cobertura hasta que Sky Lakes Medical Center reciba el reembolso por los servicios que se les brindaron a estos pacientes.

### **Los pacientes contactados por Change Healthcare deben completar una revisión integral de Change Healthcare antes de recibir la aprobación final para la asistencia financiera del hospital.**

Los pacientes que Change Healthcare consideró no aptos no pueden ser considerados para recibir asistencia financiera. Del mismo modo, a los pacientes que Change Healthcare considere elegibles para recibir asistencia financiera se les podría conceder un estado de aprobación presuntiva y es posible que no se le exija presentar documentación adicional para la comprobar la elegibilidad.

### **PROCEDIMIENTO:**

1. Los candidatos a recibir asistencia financiera completarán un «Paquete de asistencia financiera» (FAP, por sus siglas en inglés), que se encuentra disponible en todas las áreas de registro de Sky Lakes Medical Center. Se les pedirá a los pacientes que proporcionen lo siguiente:
  - expedientes de impuestos federales de los últimos dos años. Si un paciente dice que él o su cónyuge está desempleado o que no presentó declaración de impuestos el año anterior, se le solicitará un registro salarial;
  - verificación de ingresos de tres meses; y
  - tres meses completos de los estados de cuenta bancarios más recientes (incluir todas las páginas secuenciales).
2. Todos los solicitantes tienen como requisito contar con un número de seguro social, un número de identificación o TIN laboral, o una visa de turismo vigente.
  - a) Si es casado, ambos cónyuges deben tener un número de seguro social o TIN laboral y deben proveer un comprobante de sus ingresos.
  - b) En el caso de un cónyuge que no trabaje, se solicitará un historial laboral de la oficina de empleos.

- c) Se hará una excepción si el cónyuge solo tiene un número de PIN laboral, y no se puede obtener un registro salarial de la oficina de empleos. El cónyuge deberá estar incluido en la declaración de impuestos.
3. El tamaño de la familia se determinará según la información facilitada en la última devolución federal del impuesto sobre la renta con respecto al número de dependientes declarados. Si el tamaño de la familia de un paciente ha aumentado desde la última declaración de impuestos presentada, exigiremos documentos adicionales (es decir, resoluciones judiciales, certificados de nacimiento, etc.) para validar el cambio.
  4. Para las cuentas relacionadas con los accidentes de tránsito y accidentes laborales, no se ofrecerá ningún descuento de atención de caridad hasta que se reciba una negación por parte del seguro. Si en una fecha posterior se determina que el litigio se encuentra en proceso o que se puede llegar a un arreglo, se retractará la oferta de caridad hasta que se reciba una carta del abogado del paciente en la que indique que no hay arreglo.
  5. Es responsabilidad del paciente informar al hospital cuáles son las cuentas que deben incluirse para consideración de la asistencia financiera. Asimismo, es responsabilidad del paciente informar al hospital cuando deben incluirse cuentas adicionales del paciente o de sus familiares aprobados en la determinación de asistencia financiera. Los pacientes que recibieron estados de cuenta con cantidades adeudadas deben comunicarse con el hospital de inmediato para asegurarse de que estas cantidades se incluyan. Sky Lakes Medical Center no asumirá esta responsabilidad.
  6. Por cada solicitud, el paciente recibirá, dentro de los 20 días, una carta de aprobación o de negación, o una carta en la que se explica que se necesita de información adicional para tramitar la solicitud.
  7. Cada solicitud tendrá vigencia de tres meses calendario a partir de la fecha de aprobación.
  8. No devolveremos ningún pago por cuenta propia del paciente recibido durante el proceso de solicitud o después de la aprobación de asistencia financiera.
  9. Los pacientes que han calificado para recibir asistencia financiera no serán financieramente responsables de un saldo anual del paciente que supere el 20% del ingreso total de su familia. Además, las personas consideradas elegibles para recibir asistencia financiera conforme al FAP no se les cobrará más de los montos que por lo general se les cobran a personas que tienen seguro para emergencias o para atención médicamente necesaria.

## **ELEGIBILIDAD PRESUNTA PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA**

Se puede considerar la caridad presuntiva cuando se hayan agotado todas las demás vías de pago.

En el caso de que no haya evidencia que respalde la elegibilidad del paciente para recibir atención de caridad, Sky Lakes Medical Center puede utilizar agencias externas para calcular los montos aproximados de los ingresos que se tomarán como base para determinar la elegibilidad para la atención de caridad. La elegibilidad presuntiva puede determinarse a partir de las circunstancias de vida individuales que pueden incluir, entre otras:

- programas de recetas médicas financiados por el estado;
- elegibilidad de Medicaid;
- indigentes o que hayan recibido atención médica en una clínica para indigentes;
- elegibilidad para otros programas de ayuda estatales o locales que no cuentan con respaldo financiero (por ejemplo, responsabilidad económica del paciente de Medicaid);
- bajos ingresos y subsidios por vivienda se ofrecen como un dato válido; y
- paciente fallecido sin sucesión conocida.

Una vez que se determina que la cuenta de paciente califica para recibir caridad presuntiva, el representante completará una solicitud de asistencia. Se incluirá una nota en la(s) cuenta(s) que el paciente cumple con los requisitos para recibir caridad presuntiva. También se puede incluir cuentas que están en la agencia de cobranza, siempre y cuando no se hayan iniciado acciones legales.

## PRÁCTICAS DE COBRANZA

1. Se envían por correo estados de cuenta una vez que se determina el saldo de pagos por cuenta propia de un paciente, seguido de tres estados de cuenta adicionales que hacen un total de cuatro facturas. Todos los estados de cuenta incluirán un lenguaje claro en relación a los planes de pago sin intereses y opciones de asistencia financiera.
2. Sky Lakes Medical Center hará todo lo posible para determinar si un paciente es elegible para participar del FAP durante los 120 días posteriores a la fecha de atención del paciente. Durante este período de 120 días, que se conoce como «período de notificación», el centro médico realizará esfuerzos concertados para involucrar activamente al paciente en la determinación de la elegibilidad para un FAP. Durante este período, el paciente puede solicitar asistencia financiera formalmente con ayuda de Change Healthcare o por sí mismo a través de la oficina de asesoría financiera. Una vez que se presenta la solicitud, se puede otorgar una prórroga adicional de 120 días a las cuentas de un paciente mientras se toma una decisión.
3. Durante todo el proceso de facturación se realizan llamadas telefónicas de cobranza e incluye no menos de una llamada telefónica obligatoria al paciente. Sky Lakes Medical Center hará el esfuerzo de proporcionar información a los pacientes sin seguro médico acerca de nuestra política de asistencia financiera y de planes de pago sin intereses antes de que de Sky Lakes Medical Center o cualquiera de nuestros proveedores inicie acciones legales para recuperar el pago. Estos esfuerzos incluirán notificarle al paciente sobre el proceso del FAP, proporcionarle al paciente información relevante para completar una solicitud FAP que está incompleta, tomar una decisión en cuanto a si el paciente es elegible para participar de un FAP y documentar dicha decisión.
4. No se realizarán acciones de cobranza extraordinarias contra ningún paciente sin antes hacer los esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera. Los esfuerzos razonables deberán incluir, entre otros, la validación de que el paciente debe las facturas pendientes de pago y de que Sky Lakes Medical Center ha identificado y facturado a todas las fuentes de pagos a terceros. Los esfuerzos razonables incluyen también una prohibición de acciones de cobro extraordinarias (ECA, por sus siglas en inglés) que se toman contra un paciente sin seguro (o uno cuyo seguro probablemente sea insuficiente) hasta que el paciente haya sido informado de la política de asistencia financiera del establecimiento de salud y haya tenido la oportunidad de solicitarla o haya aprovechado un plan de pago razonable. Ejemplos de ECA son:
  - establecer un derecho de retención sobre la propiedad de un individuo;
  - llevar a cabo una ejecución hipotecaria de la propiedad de un individuo;
  - incautar o confiscar la cuenta bancaria de una persona o cualquier otro bien personal;
  - iniciar una acción civil contra un individuo;
  - causar la detención de un individuo;
  - embargar los salarios de un individuo;
  - proporcionar información perjudicial acerca de un individuo ante una oficina de crédito; y
  - vender la deuda de un individuo a un tercero.
5. Sky Lakes Medical Center puede realizar acciones de cobro contra los pacientes que se determinó que no son elegibles para recibir asistencia financiera; los pacientes que recibieron un descuento en la atención o descuentos por dificultad médica pero que ya no están cooperando de buena fe en el pago del saldo restante; o aquellos pacientes a los que no se les puede contactar o que han acordado planes de pago pero no están conformes con ellos.

**Las declaraciones o la información fraudulentas proporcionadas por el paciente a fin de obtener ayuda financiera pueden informarse ante el Departamento de Justicia de Oregon para su enjuiciamiento. Los pacientes que falsifiquen la solicitud del programa ya no serán elegibles para dicho programa y serán responsables de todos los cargos incurridos mientras estuvieran inscritos en el programa con carácter retroactivo al primer día en el que se generaron esos cargos dentro del marco del programa.**

