



Estimado paciente/garante:

Sabemos que tiene la posibilidad de elegir y le agradecemos la oportunidad que nos ha dado de cuidarlos a usted o a sus seres queridos. Comprendemos que las facturas médicas pueden ser abrumadoras por momentos; por eso, a fin de ayudarlo con eso, Tahoe Forest Health System ofrece un programa de asistencia financiera (Financial Assistance program). Este programa puede asistir a los pacientes que califican y que tienen dificultad para cumplir con sus obligaciones financieras asociadas a los servicios de atención médica recibidos dentro del Health System (Sistema de Salud).

Encontrará adjunta una solicitud de asistencia financiera. Tómese el tiempo para completar la solicitud, adjunte los documentos requeridos, coloque sus iniciales en la lista de verificación y envíe la solicitud completa en un plazo de 30 días posteriores a su recepción. Comprenda que esa información solicitada es necesaria a fin de determinar su elegibilidad para participar en este programa. Si la solicitud no se completa y se devuelve en un plazo de 30 días posterior a la fecha en que se entrega, puede ser rechazada. La solicitud y la información de respaldo son su oportunidad de expresar su necesidad de recibir asistencia financiera a través del Health System.

Una vez que hayamos recibido su solicitud completa, espere hasta 90 días para su procesamiento. Una vez que su solicitud se haya procesado, usted recibirá una carta por correo con el resultado de la solicitud en la que se establecerá si ha recibido aprobación para la asistencia financiera completa o para la asistencia financiera parcial, o bien, si su solicitud se ha denegado. A los servicios de emergencia y de urgencia se les da prioridad en comparación con los servicios opcionales. Si solicita servicios que no son de emergencia, conceda más tiempo para su consideración. Es posible que se le solicite acordar modos de pago hasta que se haya tomado una determinación. El Health System ofrece opciones flexibles de planes de pago a través de HELP Financial. Tenga en cuenta que solo las cuentas a través de Tahoe Forest Health System son potencialmente elegibles para este programa.

Si tiene alguna pregunta sobre la solicitud o los documentos solicitados, necesita asistencia con la solicitud, o desea establecer un plan de pago, comuníquese con uno de nuestros asesores financieros llamando a los teléfonos (530)-582-6458.

Gracias.

Su equipo de Asesoramiento financiero (Financial Counseling)



Fecha de origen 01/2011
Última aprobación 12/2021
Última revisión 12/2021
Próxima revisión 12/2024

Departamento [Junta - ABD](#)
Aplicabilidades [Sistema](#)

Política de crédito y cobro, ABD-8

PROPÓSITO:

- A. Tahoe Forest Hospital District (en lo sucesivo, "TFHD") da atención de alta calidad a los pacientes cuando necesitan servicios de atención médica. Todos los pacientes o su garante tienen una responsabilidad económica relacionada con los servicios recibidos en TFHD y deben hacer arreglos para el pago a TFHD antes o después de que se prestan los servicios. Dichos arreglos pueden incluir el pago por un plan de seguro, incluyendo los programas de cobertura que se ofrecen por medio del gobierno federal y estatal. Los arreglos de pago también se pueden hacer directamente con el paciente, sujeto a los términos y condiciones de pago de TFHD.
- B. Los pacientes de emergencia siempre recibirán toda la atención médicamente necesaria al alcance de los recursos disponibles en TFHD, para garantizar que su condición médica se estabilice antes de considerar cualquier arreglo económico.
- C. La Política de crédito y cobranza establece las directrices, políticas y procedimientos que el personal de TFHD usará en la evaluación y determinación de los arreglos de pago del paciente. Esta política tiene por objeto establecer medios justos y efectivos para el cobro de las cuentas que los pacientes adeudan a TFHD. Además, el personal de TFHD tendrá en cuenta otras políticas de TFHD, como la [Política de asistencia económica](#), que contiene disposiciones para la ayuda benéfica completa y la ayuda benéfica parcial con descuento, al establecer acuerdos de pago para cada paciente específico o su garante.

ALCANCE:

- A. La Política de crédito y cobro se aplicará a todos los pacientes que reciben servicios en TFHD. Esta política define los requisitos y procesos que TFHD usa para hacer arreglos de pago con pacientes individuales o los garantes de sus cuentas. La Política de crédito y cobro también especifica los estándares y prácticas que TFHD usa para el cobro de deudas derivadas de la prestación de servicios a pacientes en TFHD. La Política de crédito y cobro reconoce que algunos pacientes pueden tener arreglos de pago especiales según lo definido en un contrato de seguro del que TFHD es parte, o de acuerdo con las condiciones del hospital de participación en programas estatales y federales. TFHD se esfuerza por tratar a cada paciente o a su garante con consideración justa y respeto al hacer arreglos de pago.

- B. Todas las solicitudes de arreglos de pago de pacientes, familias de pacientes, garantes económicos de pacientes, médicos, personal del hospital u otros se tratarán según esta política.

POLÍTICA:

Todos los pacientes que reciben atención en TFHD deben hacer arreglos para el pago de cualquiera o todas las cantidades adeudadas por los servicios prestados de buena fe por TFHD. TFHD se reserva el derecho y retiene la autoridad exclusiva para establecer los términos y condiciones de pago para los pacientes individuales o su garante, sujeto a los requisitos establecidos por las leyes o reglamentaciones estatales y federales.

CONSULTORIOS DE MEDICINA GENERAL:

- A. TFHD y el paciente comparten la responsabilidad de la resolución oportuna y precisa de todas las cuentas de los pacientes. La cooperación y la comunicación del paciente son esenciales para este proceso. TFHD hará esfuerzos razonables y rentables para ayudar a los pacientes a cumplir su responsabilidad económica.
- B. La atención médica en TFHD está disponible para todos aquellos que puedan necesitar los servicios. Para facilitar los arreglos económicos para las personas que pueden tener ingresos bajos o moderados, están sin seguro o con seguro insuficiente, TFHD da la siguiente asistencia especial a los pacientes como parte del proceso de facturación de rutina:
 - 1. A los pacientes sin seguro se les da una declaración por escrito de los cargos por los servicios que TFHD haya prestado, en un formato de resumen de código de ingresos que muestra al paciente una sinopsis de todos los cargos por el departamento en el que surgieron los cargos. Cuando el paciente lo pida, se dará un estado de cuenta completo y detallado de los cargos;
 - 2. A los pacientes que tienen un seguro de terceros se les dará un resumen del código de ingresos que identifica los cargos relacionados con los servicios prestados por TFHD. Los pacientes asegurados recibirán un saldo adeudado del estado de cuenta del paciente una vez que TFHD haya recibido el pago del pagador del seguro. Cuando el paciente lo pida, se dará un estado de cuenta completo y detallado de los cargos;
 - 3. Una solicitud por escrito para que el paciente informe a TFHD si tiene alguna cobertura de seguro médico, Medicare, Medi-Cal u otra forma de cobertura;
 - 4. Una declaración por escrito que informe al paciente o garante que pueden ser elegibles para Medicare, Medi-Cal, el Programa de asistencia económica de TFHD o los programas de cobertura gubernamentales correspondientes;
 - 5. Una declaración por escrito que indique cómo el paciente puede obtener una solicitud para Medi-Cal u otro programa de cobertura gubernamental apropiado;
 - 6. Si un paciente está sin seguro, se le dará una solicitud para Medi-Cal u otro programa de asistencia gubernamental apropiado antes del alta del hospital;
 - 7. Un representante de TFHD está disponible sin costo para el paciente para ayudarlo con la solicitud de los programas gubernamentales de asistencia relevantes;
 - 8. Una declaración por escrito sobre los criterios de elegibilidad y los procedimientos de calificación para la ayuda benéfica completa o la ayuda benéfica parcial con descuento según el Programa de asistencia económica de TFHD. Esta declaración deberá incluir el nombre y el teléfono del personal de TFHD que puede ayudar al paciente o garante con información y una solicitud para el Programa de asistencia económica de TFHD.
- C. Los Representantes de Servicios Financieros para Pacientes de TFHD y sus designados son los principales responsables del cobro oportuno y preciso de todas las cuentas de los

pacientes. Los Servicios Financieros para Pacientes trabajan en cooperación con otros departamentos de TFHD, miembros del personal médico, pacientes, compañías de seguros, agencias de cobro y otros para garantizar que se pueda hacer un procesamiento oportuno y preciso de las cuentas de los pacientes.

- D. La información precisa da la base para que TFHD facture correctamente a los pacientes o a su aseguradora. La información de facturación del paciente debe obtenerse antes de los servicios siempre que sea posible para que la verificación, la autorización previa u otras aprobaciones puedan completarse antes de la prestación de los servicios. Cuando no se pueda obtener la información antes del momento del servicio, el personal de TFHD trabajará con cada paciente o su garante para garantizar que TFHD reciba toda la información de facturación necesaria antes de la finalización de los servicios.

PROCEDIMIENTO:

- A. Cada cuenta de paciente se asignará a un representante o persona designada de Servicios Financieros para Pacientes según el tipo de pagador de la cuenta y la carga de trabajo individual actual del personal. El jefe de Servicios Financieros para Pacientes revisará periódicamente las cargas de trabajo del personal y puede cambiar o ajustar el proceso o la asignación específica de cuentas de pacientes para asegurar el cobro oportuno, preciso y rentable de dichas cuentas.
- B. Una vez que se asigna una cuenta de paciente a un representante de Servicios Financieros para Pacientes o a una persona designada, se revisará la información de la cuenta para garantizar la precisión y la integridad de la información necesaria para que se facture la cuenta.
- C. Si la cuenta es pagadera por la aseguradora del paciente, la factura inicial se enviará directamente a la aseguradora designada. El personal de Servicios Financieros para Pacientes de TFHD trabajará con la aseguradora del paciente para obtener cualquiera o todas las cantidades que la aseguradora adeuda en la cuenta. Esto incluirá el cálculo de los cargos contratados u otros arreglos especiales que se puedan aplicar. Una vez que TFHD haya determinado el pago de la aseguradora, cualquier saldo residual que sea responsabilidad del paciente, por ejemplo, un copago o deducible del paciente, se facturará directamente al paciente. Cualquiera o todos los saldos del paciente vencen y son pagaderos en un período de 30 días a partir de la fecha de esta primera facturación al paciente. Los pacientes pueden disputar saldos o cargos en un plazo de 120 días después de que los saldos se conviertan en responsabilidad del paciente.
- D. Conforme a la Ley de facturación sin sorpresas (No Surprises Act), TFHD no factura el saldo a los pacientes cuyos reclamos de seguro se procesaron como fuera de la red, sin antes notificar y obtener el consentimiento del paciente o garante.
- E. Si la cuenta es pagadera únicamente por el paciente, se clasificará como una cuenta de pago por cuenta propia. Las cuentas de pago por cuenta propia pueden potencialmente calificar para programas de cobertura del gobierno o ayuda económica según la Política de asistencia económica de TFHD. Los pacientes con cuentas en estado de pago por cuenta propia pueden trabajar con Asesoría Financiera para hacer arreglos de pago o ser seleccionados para programas de asistencia.
- F. En el caso de que un paciente o el garante del paciente haya hecho un pago de depósito u otro pago parcial por servicios y después se determine que califica para recibir Asistencia económica completa o Asistencia económica parcial con descuento, todas las cantidades pagadas que excedan la obligación de pago, si corresponde, como se determina mediante el proceso del Programa de asistencia económica, se reembolsarán al paciente. Cualquier sobrepago que se adeude al paciente bajo esta obligación no podrá aplicarse a otras cuentas de saldo abierto o deuda que el paciente o representante de la familia tenga con TFHD. Cualquiera o todas las cantidades adeudadas se le reembolsarán al paciente o representante de la familia en un período de tiempo razonable.

- G. TFHD ofrece opciones de planes de pago a los pacientes cuando no pueden liquidar la cuenta en un pago único. Los planes de pago se establecen caso por caso considerando la cantidad total que el paciente adeuda a TFHD y las circunstancias económicas del paciente o del representante de la familia del paciente. Los planes de pago generalmente exigen un pago mensual mínimo de una cantidad tal que el plazo del plan de pago no exceda los noventa (90) días o tres (3) meses. Esta cantidad mínima de pago mensual se determinará dividiendo el saldo total pendiente de responsabilidad del paciente por tres (3). Los planes de pago están libres de cargos por intereses o cargos de preparación. Algunas situaciones, como los pacientes que califican para asistencia económica parcial, pueden necesitar arreglos de planes de pago especiales basados en la negociación entre TFHD y el paciente o su representante. Dichos planes de pago se pueden organizar comunicándose con Asesoría Financiera. Una vez que se haya aprobado un plan de pago, cualquier falta de pago de acuerdo con los términos del plan constituirá un incumplimiento del plan. Es responsabilidad del paciente o del garante comunicarse con Asesoría Financiera si las circunstancias cambian y no se pueden cumplir los términos del plan de pago. Además, TFHD trabaja con un proveedor externo si los pacientes necesitan términos del plan de pago que excedan los tres (3) meses. Los términos del plan de pago están sujetos a los requisitos del proveedor.
- H. Los saldos de la cuenta del paciente en estado de pago por cuenta propia se considerarán vencidos después de 30 días desde que el saldo se convierte en responsabilidad del paciente. Las cuentas se consideran de pago por cuenta cuando no hay seguro u otra cobertura para facturar o saldos residuales restantes después de que el seguro se haya procesado debido a los beneficios del seguro no satisfechos (deducible, coseguro, etc.). Las cuentas pueden avanzar al estado de cobro de acuerdo con el siguiente programa:
1. Las cuentas de pago por cuenta propia, incluyendo aquellas en las que no se ha hecho ningún pago en los últimos 180 días, pueden reenviarse al estado de cobro cuando los pacientes o garantes:
 - a. Recibió todos los estados de cuenta necesarios y se le notificó que la cuenta avanzará a cobros sin más acción del paciente
 - b. Recibió una solicitud de asistencia económica
 - c. Se le considera no elegible para asistencia económica
 - d. No respondió a ninguna oferta de asistencia económica
- I. Las cuentas de los pacientes no se reenviarán al estado de cobro cuando el paciente o el garante haga esfuerzos razonables para comunicarse con TFHD y haga esfuerzos de buena fe para resolver la cuenta pendiente. Asesoría Financiera determinará si el paciente o el garante continúan haciendo esfuerzos de buena fe para resolver la cuenta del paciente y pueden usar indicadores como: solicitud de Medi-Cal u otros programas gubernamentales; solicitud para el Programa de Asistencia Económica de TFHD; negociación de un plan de pago con TFHD y otros indicadores similares que demuestren el esfuerzo del paciente para cumplir su obligación de pago.
- J. Después de 30 días o en cualquier momento en que una cuenta esté vencida y sujeta a cobro interno o externo, TFHD le dará a cada paciente un aviso por escrito en la siguiente forma:
1. “Las leyes estatales y federales exigen que los cobradores de deudas lo traten de manera justa y prohíben que los cobradores de deudas hagan declaraciones falsas o amenazas de violencia, usen lenguaje obsceno o profano y se comuniquen de manera inapropiada con terceros, incluyendo su empleador. Excepto en circunstancias inusuales, los cobradores de deudas no pueden comunicarse con usted antes de las 8:00 a. m. o después de las 9:00 p. m. En general, un cobrador de deudas no puede dar información sobre su deuda a otra persona que no sea su abogado o cónyuge. Un cobrador de deudas puede comunicarse con otra persona

para confirmar su ubicación o para hacer cumplir un fallo. Para obtener más información sobre las actividades de cobro de deudas, puede comunicarse con la Comisión Federal de Comercio por teléfono al 1-877-FTC-HELP (382-4357) o en línea en www.ftc.gov."

2. Es posible que haya servicios de asesoría crediticia sin fines de lucro disponibles en el área. Comuníquese con Asesoría Financiera de TFHD si necesita más información o asistencia para comunicarse con un servicio de asesoría crediticia.
- K. Para todas las cuentas de pacientes en las que no haya una aseguradora externa o siempre que un paciente dé información de que puede tener costos médicos elevados, Asesoría Financiera se asegurará de que el paciente haya recibido todos los elementos de información arriba mencionados.
- L. Para todas las cuentas de pacientes en las que no haya una aseguradora externa o siempre que un paciente dé información de que podría tener costos médicos elevados, TFHD no reportará información adversa a una agencia de informes crediticios ni iniciará ninguna acción civil antes de los 180 días posteriores a la facturación inicial de la cuenta. Además, TFHD no enviará una factura impaga de dichos pacientes a una agencia de cobranza externa a menos que la agencia de cobro haya acordado cumplir este requisito.
- M. Si un paciente o garante presentó una apelación para la cobertura de servicios de acuerdo con la Sección 127426 del Código de Salud y Seguridad, TFHD ampliará el límite de 180 días para reportar información adversa a una agencia de informes crediticios o no iniciará ninguna acción civil hasta que se haya hecho una determinación final de la apelación pendiente.
- N. TFHD solo usará agencias de cobro externas con las que haya establecido acuerdos contractuales por escrito. Cada agencia de cobro que preste servicios en nombre de TFHD debe aceptar cumplir los términos y condiciones de dichos contratos según lo especificado por TFHD. Todas las agencias de cobro contratadas para prestar servicios para o en nombre de TFHD deberán aceptar cumplir las normas y prácticas definidas en el acuerdo de la agencia de cobro; incluyendo esta Política de Crédito y Cobranza, la Política de Asistencia Económica de TFHD y todos los requisitos legales, incluyendo los especificados en la Sección 127420 y siguientes del Código de Salud y Seguridad.
- O. TFHD o sus agencias de cobro externas no usarán embargos de salarios o gravámenes sobre una residencia principal sin una orden judicial. Cualquiera o todas las acciones legales que TFHD o sus agencias de cobro usen para cobrar una cuenta pendiente de un paciente, TFHD debe autorizarlas y aprobarlas con anticipación. Cualquier acción legal de este tipo debe cumplir los requisitos de la Sección 127420 et seq del Código de Salud y Seguridad.
- P. TFHD, sus agencias de cobro o cualquier cesionario pueden usar cualquiera o todos los medios legales para buscar el reembolso, el cobro de deudas y cualquier recurso de cumplimiento de acuerdos de responsabilidad de terceros, agresores u otras partes legalmente responsables. Dichas acciones se harán únicamente con la aprobación previa por escrito del director de Servicios Financieros para pacientes del hospital.

Referencias:

[Código de Salud y Seguridad de California, secciones 127400 - 127446](#)

[Revisión de cuentas por insolvencia, DPTREG-1907](#)

[Planes de pago, DPTREG-1908](#)

[Pólizas de ayuda benéfica completa y ayuda benéfica parcial con descuento del Programa de](#)

Todas las fechas de revisión

12/2021, 03/2020, 03/2017, 11/2015, 01/2014, 02/2012, 01/2011

Firmas de aprobación

Descripción de paso	Persona que aprueba	Fecha
	Harry Weis: CEO	12/2021
	Martina Rochefort: Secretaria de la Junta	12/2021

COPIA



Fecha de origen 10/2007
Última aprobación 12/2021
Última revisión 12/2021
Próxima revisión 12/2024

Departamento [Junta - ABD](#)

Aplicabilidades [Sistema](#)

Pólizas de ayuda benéfica completa y ayuda benéfica parcial con descuento del Programa de asistencia económica, ABD-09

PROPÓSITO:

- A. Tahoe Forest Hospital District (en lo sucesivo, "TFHD") presta servicios de hospital y médicos relacionados a residentes y visitas dentro de los límites del distrito y la región circundante. Como proveedor regional de atención médica, TFHD se dedica a prestar servicios de atención médica económicamente sólidos, orientados al cliente y de alta calidad que cubran las necesidades de sus pacientes. Darles oportunidades de cobertura de asistencia económica a los pacientes para los servicios de atención médica también es un elemento esencial para cumplir la misión de TFHD. Esta política define el Programa de asistencia económica de TFHD; sus criterios, sistemas y métodos.
- B. Los hospitales de atención de casos agudos de California deben cumplir la ley de "Políticas de precios justos para hospitales" en la Sección 127400 et seq. del Código de Salud y Seguridad. (la "Ley de precios justos"), incluyendo los requisitos para las políticas escritas que dan descuentos y ayuda benéfica a pacientes económicamente calificados. Según la Fair Pricing Law (Ley de Precios Justos) y el Proyecto de Ley 1020 de la Asamblea de California, los pacientes sin seguro o pacientes con costos médicos altos que estén en o por debajo del 400 por ciento (400 %) del nivel federal de pobreza serán elegibles para pedir la participación bajo la política de ayuda benéfica o la política de pago con descuento de un hospital. Esta política tiene por objeto cumplir plenamente todas las obligaciones legales al dar ayuda benéfica y descuentos a los pacientes que califiquen según los términos y condiciones del Programa de asistencia económica de TFHD. Además, aunque la Ley de precios justos exige que los hospitales den asistencia económica a ciertos pacientes calificados por los servicios que han recibido, no exigen que los hospitales presten servicios en el futuro. Sin embargo, TFHD permitió que las personas pidan asistencia económica para futuros servicios bajo esta política. Sin embargo, toda persona que califique para dicha asistencia seguirá estando sujeta al ingreso y otros criterios para recibir servicios y convertirse en pacientes, y deberá demostrar su capacidad para cumplir cualquier obligación económica aplicable que no esté cubierta por ningún descuento u otra asistencia económica dada.
- C. El departamento de finanzas es responsable de la política y el procedimiento de contabilidad general. Incluido en este propósito está el deber de asegurar la sincronización, el registro y el tratamiento contable congruentes de las transacciones en TFHD. Esto incluye el manejo de las transacciones contables de los pacientes de una manera que respalde la misión y los objetivos operativos de TFHD.

- D. Por la presente, se notifica a los pacientes que un médico empleado o contratado para prestar servicios en el departamento de emergencias del hospital de TFHD en Truckee, California, también está obligado por ley a dar descuentos a pacientes sin seguro o pacientes con costos médicos altos que están en o por debajo del 400 por ciento (400 %) del nivel federal de pobreza.

DEFINICIONES:

- A. "Ayuda benéfica parcial con descuento" se refiere a una cantidad que se cobra por los servicios a un paciente que califica para recibir asistencia económica según el Programa de asistencia económica de TFHD, que se descuenta de la cantidad que pagaría Medicare por los mismos servicios o menos. Cuando a un paciente se le da el descuento de ayuda benéfica parcial, en ningún caso eximirá a un tercero, o al paciente, de sus respectivas obligaciones de pago por los servicios prestados a dicho paciente.
- B. "Servicios electivos" significa cualquier servicio que no sea médicamente necesario.
- C. "Servicios de emergencia" se refiere a los servicios necesarios para estabilizar la condición médica de un paciente que inicialmente se prestan en el departamento de emergencias de TFHD o que de otro modo se clasificaron como "servicios de emergencia" según la Ley federal EMTALA o la Sección 1317.1 et.seq. del Código de Salud y Seguridad de California, y continuar hasta que el paciente esté médicamente estable y se le dé el alta, sea transferido o de otra manera finalice el tratamiento.
- D. "Nivel federal de pobreza" o "FPL" significa las directrices de pobreza actuales actualizadas periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos bajo la autoridad de la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos.
- E. "Programa de asistencia económica" significa el Programa de asistencia económica de TFHD establecido por esta política para dar ayuda benéfica completa o parcial con descuento (cada una, como se define abajo) a pacientes calificados.
- F. "Ayuda benéfica completa" se refiere a los servicios médicamente necesarios que TFHD le presta a un paciente que califica según el Programa de asistencia económica de TFHD que no están cubiertos por un tercero, y por los que el paciente de otra manera es responsable de pagar y recibirá una factura. Cuando a un paciente se le da ayuda benéfica completa, en ningún caso eximirá a un tercero de su obligación de pagar por los servicios prestados a dicho paciente.
- G. "Servicios médicamente necesarios" se refiere a servicios médicos de hospital que, según una evaluación médica, son determinados como necesarios para preservar la vida o la salud de un paciente.
- H. "Activos monetarios" se refiere a todos los activos monetarios de la familia del paciente, excluyendo los planes de jubilación o de remuneración diferida (tanto calificados como no calificados según el Código de Impuestos Internos), sin contar los primeros \$10,000 de dichos activos, ni el cincuenta por ciento (50 %) de las cantidades de tales activos sobre los primeros \$10,000.
- I. "Servicios que no son de emergencia" se refiere a los servicios médicamente necesarios que no son Servicios de emergencia.
- J. "Paciente" significa una persona que ha recibido Servicios de emergencia o Servicios que no son de emergencia en un centro operado por TFHD que pida asistencia económica con respecto a dichos servicios.
- K. "La cantidad que Medicare habría pagado" significa la cantidad que Medicare pagaría por los servicios prestados o, en caso de que no haya una cantidad específica que pueda determinarse que Medicare pagaría por dichos servicios, la cantidad más alta pagadera por

tales servicios por cualquier otro programa financiado por el estado que se haya diseñado para dar cobertura médica.

- L. “Seguro de terceros” se refiere a la cobertura de beneficios de salud por un programa público o privado, aseguradora, plan médico, empleador, fideicomiso de múltiples empleadores o cualquier otro tercero obligado a dar cobertura de beneficios de salud a un paciente.

ALCANCE:

- A. Esta política se aplica a todos los pacientes con TFHD. Esta política no exige que TFHD acepte como paciente ni preste servicios a alguna persona que no califique para tratamiento o ingreso según alguna de las políticas, prácticas y procedimientos aplicables de TFHD, y no prohíbe que TFHD libere o limite de otro modo el alcance de los servicios prestados a cualquier persona de acuerdo con sus políticas, prácticas y procedimientos normales. Esta política no exige que TFHD preste a los pacientes un servicio que no sea médicamente necesario ni que dé acceso a servicios que no sean de emergencia o servicios electivos.
- B. El hospital de atención de casos agudos bajo la administración de TFHD presta muchos servicios especializados para pacientes hospitalizados y ambulatorios. Además de los servicios prestados en el centro principal del hospital, Tahoe Forest Hospital opera clínicas de atención primaria y de especialidades múltiples, programas de servicios de atención médica en casa, de hospicio y terapia en centros en la misma comunidad, pero situados fuera del campus principal del hospital. Tahoe Forest Hospital también opera un centro de enfermería especializado de la parte diferenciada. Solo los servicios médicamente necesarios prestados en los centros mencionados en la licencia de atención de casos agudos de Tahoe Forest Hospital están incluidos dentro del alcance de esta Política de asistencia económica. TFHD extendió esta política a los servicios probados en el centro Incline Village Community Hospital y las clínicas y los programas de servicios de terapia.
- C. Esta política se refiere a la asistencia económica dada por TFHD. Todas las solicitudes de asistencia económica de los pacientes se tratarán de acuerdo con esta política.
- D. Durante una crisis de acceso a la atención médica, TFHD puede “flexionar” su política de asistencia económica para pacientes para cubrir las necesidades de la comunidad en crisis. Eso es algo que la directiva del hospital debe proclamar y se debe adjuntar a este documento de asistencia económica del paciente como un anexo. Una crisis de acceso a la atención médica puede estar relacionada con una situación emergente en la que se modifican las reglamentaciones estatales o federales para cubrir las necesidades inmediatas de atención médica de la comunidad del hospital durante la crisis de acceso a la atención médica. Estos cambios se incluirán en la política de asistencia económica del paciente como un anexo. Los descuentos para pacientes relacionados con una crisis de acceso a la atención médica pueden darse en el momento de la crisis, independientemente de la fecha de esta política (ya que es posible que la directiva del hospital no pueda reaccionar lo suficientemente rápido para actualizar el texto de la política para cubrir las necesidades más apremiantes durante la crisis del acceso a la atención médica).

Programas de servicios de hospital, para pacientes hospitalizados, pacientes ambulatorios y de emergencia:

- A. Introducción:
 - 1. Esta política establece un programa para ayudar a los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente a obtener asistencia económica para pagar la factura del hospital. Dicha asistencia económica puede incluir programas de cobertura patrocinados por el gobierno, ayuda benéfica completa y ayuda benéfica parcial con descuento.
- B. Informes de ayuda benéfica completa y ayuda benéfica parcial con descuento

1. TFHD informará la ayuda benéfica real (incluyendo la ayuda benéfica completa y la ayuda benéfica parcial con descuento) dada de acuerdo con los requisitos reglamentarios del Departamento de Acceso e Información de Atención Médica (Department of Health Care Access and Information, HCAI) de California, como se incluye en el Manual de contabilidad e informes para hospitales, segunda edición. El hospital mantendrá documentación por escrito sobre sus criterios de ayuda benéfica y, para pacientes individuales, documentación escrita sobre todas las determinaciones de ayuda benéfica. Según lo exige HCAI, la ayuda benéfica dada a los pacientes se registrará sobre la base de los cargos reales por los servicios prestados.
 2. TFHD le dará a HCAI una copia de esta Política de asistencia económica que incluye las políticas de ayuda benéfica completa y ayuda benéfica parcial con descuento en un solo documento. La Política de asistencia económica también contiene: 1) todos los procedimientos de elegibilidad y calificación del paciente; 2) la solicitud unificada para la ayuda benéfica completa y la ayuda benéfica parcial con descuento; y 3) el proceso de revisión tanto para la ayuda benéfica completa como para la ayuda benéfica parcial con descuento. Los formularios de estos documentos se darán a HCAI cada dos años o cada vez que se haga un cambio sustancial.
- C. Elegibilidad para ayuda benéfica completa y con descuento: Proceso general y responsabilidades:
1. Cualquier paciente cuyos ingresos familiares sean inferiores al 400 % del nivel federal de pobreza, que no esté cubierto por un seguro de terceros o que esté cubierto por un seguro de terceros y no pueda pagar la cantidad de responsabilidad del paciente que se adeuda después de que el seguro haya pagado su parte de la cuenta, es elegible para pedir asistencia económica según el Programa de asistencia económica de TFHD.
 2. El Programa de asistencia económica de TFHD usa una sola solicitud de paciente unificada para la ayuda benéfica completa y la ayuda benéfica parcial con descuento. El proceso está diseñado para dar a cada solicitante la oportunidad de enviar una solicitud por el máximo beneficio de asistencia económica para el que pueda calificar. La solicitud de asistencia económica da la información necesaria del paciente para que el hospital determine la calificación del paciente y, dicha información se usará para determinar la cobertura máxima según el Programa de asistencia económica de TFHD para la que el paciente o la familia del paciente pueden calificar.
 3. Los pacientes elegibles pueden enviar una solicitud para asistencia económica según el Programa de asistencia económica de TFHD completando una solicitud congruente con las instrucciones de la solicitud, junto con documentación e información de cobertura de beneficios de salud suficiente para determinar la elegibilidad del paciente para la cobertura bajo el programa. La elegibilidad por sí sola no es un derecho a la asistencia financiera según el Programa de asistencia económica de TFHD. TFHD debe completar un proceso de evaluación del solicitante y determinar, de acuerdo con esta política, si se dará asistencia económica.
 4. El Programa de asistencia económica de TFHD se basa en la cooperación de pacientes individuales para determinar quién puede ser elegible para asistencia completa o parcial. Para facilitar la recepción de información económica precisa y oportuna del paciente, TFHD usará una solicitud de asistencia económica. A todos los pacientes sin cobertura económica adecuada de un seguro de terceros se les ofrecerá la oportunidad de completar la solicitud de asistencia económica. A los pacientes sin seguro también se les ofrecerá información, asistencia y remisión a programas patrocinados por el gobierno para los que puedan ser elegibles. Los pacientes asegurados que no pueden pagar sus obligaciones después de que su seguro haya pagado, o aquellos que tienen altos costos médicos, también pueden

ser elegibles para recibir asistencia económica. A cualquier paciente que quiera recibir asistencia económica se le pedirá que complete una solicitud de asistencia económica.

5. La solicitud de asistencia económica se da a todos los pacientes con estados de cuenta. También está disponible a petición del paciente. El formulario de solicitud se puede completar en cualquier momento antes o en el período de un año después del alta o un año después de que el paciente sea elegible, lo que ocurra primero.
6. En la medida en que lo considere necesario, a su sola y razonable discreción, TFHD puede exigir que un solicitante de asistencia económica dé más información además de una solicitud de asistencia económica completa para dar:
 - a. Confirmación de la cobertura de ingresos y beneficios de salud del paciente;
 - b. Documentación completa de los activos monetarios del paciente;
 - c. Otra documentación según sea necesario para confirmar la calificación del solicitante para recibir asistencia económica; y
 - d. Documentación que confirme la decisión del hospital de dar asistencia económica, si se da asistencia económica.
7. Sin embargo, es posible que no se exija una solicitud de asistencia económica completa si TFHD determina, a su exclusivo criterio, que tiene suficiente información del paciente para tomar una decisión de calificación de asistencia económica.

PROCEDIMIENTOS:

A. Calificación: Ayuda benéfica completa y ayuda benéfica parcial con descuento

1. La elegibilidad para la asistencia económica se determinará basado en la capacidad de pago del paciente o de la familia del paciente y de los demás factores establecidos en esta política. La elegibilidad para la asistencia económica no se basará de ninguna manera en la edad, el sexo, la orientación sexual, el origen étnico, el país de origen, la condición de veterano, la discapacidad o la religión.
2. El paciente o el representante de la familia del paciente que pida asistencia para cumplir su obligación económica con TFHD deberá hacer todos los esfuerzos razonables para dar la información necesaria para que TFHD tome una determinación de calificación de asistencia económica. TFHD dará guía y asistencia a los pacientes o al representante de su familia según sea razonablemente necesario para facilitar la finalización de las solicitudes del programa. Es posible que sea necesario completar la solicitud de asistencia económica y enviar parte o toda la información complementaria necesaria para establecer la calificación para el Programa de asistencia económica.
3. El otorgamiento de asistencia económica se determina después de que el paciente o el representante de la familia del paciente establezcan la elegibilidad de acuerdo con los criterios contenidos en esta política, que puede modificarse ocasionalmente. Aunque la asistencia económica no se dará de manera discriminatoria o arbitraria, TFHD retiene total discreción, según esta política, leyes y reglamentaciones, para determinar cuándo un paciente ha dado evidencia suficiente para establecer la elegibilidad para la asistencia económica y qué nivel de asistencia económica recibirá un paciente elegible.
4. Salvo que TFHD apruebe lo contrario, los pacientes o su representante familiar deben completar una solicitud para el Programa de asistencia económica para calificar para la elegibilidad. La solicitud y los documentos complementarios necesarios se envían a la Asesoría Financiera de TFHD. Esta oficina deberá estar claramente identificada en las instrucciones de la solicitud. Los pacientes tienen

- treinta (30) días para completar la solicitud junto con el material de apoyo o para pedir una prórroga.
5. TFHD dará personal capacitado para revisar las solicitudes de asistencia económica para verificar que estén completas y precisas. Las revisiones de la solicitud se completarán lo más rápido posible teniendo en cuenta la necesidad del paciente de una respuesta oportuna.
 6. La aprobación de una solicitud de asistencia económica para pacientes elegibles la hará únicamente el personal aprobado de TFHD según los siguientes niveles de autoridad:
 - a. Asesor económico: Cuentas de menos de \$2,500
 - b. Director de Acceso de Pacientes: Cuentas de menos de \$10,000
 - c. Director financiero: Cuentas de menos de \$50,000
 - d. Director ejecutivo: Cuentas mayores a \$50,000
 7. Los factores que se consideran para determinar si dar una asistencia económica individual según esta política pueden incluir (entre otros):
 - a. Alcance del seguro de terceros;
 - b. Ingresos familiares basados en declaraciones de impuestos o talones de pago recientes;
 - c. Activos monetarios, si el paciente pide cualquier nivel de asistencia económica mayor que el Descuento básico (como se define abajo);
 - d. La naturaleza y el alcance de los servicios para los que el paciente busca asistencia económica;
 - e. Tamaño de la familia y circunstancias;
 - f. Presupuesto del hospital para asistencia económica;
 - g. Los demás criterios establecidos en esta política.
 8. La asistencia económica se dará basado en la consideración de cada solicitud individual de asistencia económica de acuerdo con el Programa de asistencia económica establecido en esta política.
 9. Se puede dar asistencia económica para ayuda benéfica completa o ayuda benéfica parcial con descuento, según esta política del Programa de asistencia económica.
 10. Cuando se da, la asistencia económica se aplicará solo a los servicios y fechas de servicio específicos para los que la solicitud haya sido aprobada por TFHD. En los casos de atención médica relativa con el diagnóstico de un paciente que necesita servicios relacionados continuos y constantes, el hospital, a su sola discreción, puede tratar dicha atención continua como un caso único para el que la calificación se aplica a todos los servicios relacionados constantes prestados por el hospital. No se incluirán otros saldos de cuentas de pacientes preexistentes pendientes en el momento de la determinación de la calificación dada por el hospital, a menos que TFHD los pida y apruebe según esta política.
 11. Las obligaciones del paciente para los pagos de la parte del costo de Medi-Cal/Medicaid no se eximirán en ninguna circunstancia. Sin embargo, después del cobro de la porción del costo de la parte que le corresponde al paciente, cualquier otro saldo no pagado relacionado con Medi-Cal/el paciente (como un servicio provisto donde se niega la cobertura) puede ser considerado para asistencia económica.

B. Criterios de calificación para la ayuda benéfica completa y parcial con descuento

1. Límite de responsabilidad del paciente por servicios prestados a pacientes elegibles para asistencia económica:
después de completar el proceso de solicitud de asistencia económica, si se establece que los ingresos familiares del paciente son iguales o por debajo del 400 % del Nivel federal de pobreza actual, y el paciente cumple todos los demás requisitos de calificación del Programa de asistencia económica, la parte total de la factura que es responsabilidad del paciente por los servicios prestados no será mayor que la cantidad que Medicare habría pagado por los servicios, neta de cualquier seguro de terceros (“el descuento básico”). Esto se aplicará a todos los servicios de hospital para pacientes hospitalizados, para pacientes ambulatorios y de emergencia médicamente necesarios prestados por TFHD.
2. Asistencia económica para servicios de emergencia
Si una persona recibe Servicios de emergencia y pide asistencia económica según el Programa de asistencia económica, se aplicará lo siguiente:
 - a. Si los ingresos familiares del paciente son iguales o por debajo del 200 % del Nivel federal de pobreza actual, y el paciente cumple todos los demás requisitos de calificación del Programa de asistencia económica, se le dará al paciente ayuda benéfica completa para los servicios de emergencia prestados.
 - b. Si los ingresos familiares del paciente están entre 201 % y 400 % del Nivel federal de pobreza actual, y el paciente cumple todos los demás requisitos de calificación del Programa de asistencia económica, se le dará al paciente ayuda benéfica parcial con descuento para los servicios de emergencia prestados, de acuerdo con lo siguiente:
 - i. La atención del paciente no está cubierta por el seguro de terceros. Si los servicios no están cubiertos por un seguro de terceros, la obligación de pago del paciente será un porcentaje de la cantidad bruta que el programa de Medicare habría pagado por el servicio si el paciente fuera un beneficiario de Medicare. El porcentaje real pagado por cualquier paciente individual estará basado en la escala variable que se muestra en la Tabla 1 abajo:

TABLA 1

Plan de pago de escala variable

Porcentaje familiar de FPL	Porcentaje de la cantidad pagadera de Medicare (sujeto a un descuento más si TFHD determina, a su exclusivo criterio, que circunstancias inusuales justifican un descuento más).
201 – 215 %	10 %
216 – 230 %	20 %
231 – 245 %	30 %
246 – 260 %	40 %
261 – 275 %	50 %
276 – 290 %	60 %

291 – 305 %	70 %
306 – 320 %	80 %
321 – 335 %	90 %
336 – 400 %	100 %

- ii. La atención del paciente está cubierta por el seguro de terceros. Si los servicios están cubiertos por un seguro de terceros, pero dicha cobertura o responsabilidad es insuficiente para pagar los cargos facturados por TFHD, dejando al paciente responsable de una parte de los cargos facturados (incluyendo, entre otros, cualquier deducible o copago aplicable), la obligación de pago del paciente será una cantidad igual a la diferencia entre la cantidad bruta pagada por el seguro de terceros y la cantidad bruta que habría pagado Medicare por el servicio si el paciente fuera beneficiario de Medicare. Si la cantidad pagada por el seguro de terceros excede lo que habría pagado Medicare, el paciente no tendrá más obligación de pago. En ningún caso la obligación del paciente de pagar un porcentaje de la cantidad no pagada será mayor que los porcentajes de las cantidades que Medicare pagaría por los mismos servicios establecidos en la Tabla 1, arriba.
 - c. Si un paciente que cumple todos los demás requisitos del Programa de asistencia económica cuyos ingresos familiares son superiores al 400 % del FPL actual o tiene ingresos familiares inferiores al 400 % del FPL y busca un descuento para servicios de emergencia superior al descuento arriba establecido, entonces TFHD puede decidir, a su sola discreción, si dar dicha asistencia económica y la medida en que se dará, en caso de que se dé. Al tomar su decisión, TFHD puede considerar los siguientes factores, sin limitación:
 - i. La necesidad del paciente de asistencia económica.
 - ii. El alcance de los recursos limitados de caridad de TFHD y si es mejor gastarlos dando estos servicios con un descuento más o si hay otros pacientes con mayor necesidad inmediata de la ayuda benéfica de TFHD.
 - iii. Cualquier otro hecho (como los activos monetarios del paciente) que, a exclusivo criterio de TFHD, sea apropiado tener en cuenta al considerar la solicitud de ayuda benéfica para el paciente.
3. **Asistencia económica para servicios que no sean de emergencia: si un paciente pide asistencia económica para servicios que no sean de emergencia (con la excepción de una clínica de atención primaria, una clínica de atención de múltiples especialidades, atención médica en casa, servicios de hospicio o enfermería especializada, que están cubiertos como se describe abajo), se aplicará lo siguiente:**
- Si los ingresos familiares del paciente son del 400 % o menos del FPL y cumple todos los demás requisitos de calificación del Programa de asistencia económica, se le dará al paciente el Descuento básico. TFHD puede decidir, a su exclusivo criterio, si se dará más asistencia económica y en qué medida, por ejemplo, si se

dará el nivel de asistencia que el paciente recibiría si hubiera recibido Servicios de emergencia.

- a. Además de la información necesaria para la solicitud de asistencia económica, TFHD puede pedir a la persona que dé más información sobre los activos monetarios familiares de la persona, según lo considere apropiado a su entera discreción.
- b. TFHD decidirá, a su exclusivo criterio, si da asistencia económica además del Descuento básico y en qué medida. Solo se considerarán los servicios médicamente necesarios. Al tomar su determinación, TFHD puede, además de cualquier otro criterio establecido en esta política y sin limitación, considerar los siguientes factores:
 - i. El grado de urgencia de que los servicios se hagan con prontitud.
 - ii. Si los servicios se deben hacer en TFHD o si hay otros proveedores en el área geográfica del paciente que podrían prestar los servicios en cuestión.
 - iii. Si los servicios se pueden hacer de manera más eficiente en TFHD o si hay otros proveedores que podrían hacer los servicios de manera más eficaz.
 - iv. El alcance de los recursos limitados de caridad de TFHD y si es mejor gastarlos prestando estos servicios con un descuento más o si hay otros pacientes con mayor necesidad inmediata de la ayuda benéfica de TFHD.
 - v. La necesidad del paciente de asistencia económica.
 - vi. Cualquier otro hecho que, a exclusivo criterio de TFHD, sea apropiado tener en cuenta al considerar la solicitud de asistencia económica para el paciente.

C. **Reembolsos**

En el caso de que se determine que un paciente es elegible para asistencia económica por servicios por los que el/ella o su garante hayan hecho un depósito o pago parcial, y se determine que el paciente debe un reembolso porque los pagos ya hechos exceden la responsabilidad del paciente bajo esta póliza, cualquier reembolso adeudado será procesado según la Política de Crédito y Cobranza de TFHD, la que establece, en la parte pertinente, lo siguiente:

“En el caso de que un paciente o el garante del paciente haya hecho un pago de depósito u otro pago parcial por servicios y después se determine que califica para recibir Asistencia económica completa o Asistencia económica parcial con descuento, todas las cantidades pagadas que excedan la obligación de pago, si corresponde, como se determina mediante el proceso del Programa de asistencia económica, se reembolsarán al paciente. Cualquier sobrepago que se adeude al paciente bajo esta obligación no podrá aplicarse a otras cuentas de saldo abierto o deuda que el paciente o representante de la familia tenga con TFHD. Cualquiera o todas las cantidades adeudadas se le reembolsarán al paciente o representante de la familia en un período de tiempo razonable”.

D. **Clínicas de atención primaria y especialidades múltiples**

TFHD opera ciertas clínicas para pacientes ambulatorios que pueden estar situadas fuera del campus principal del hospital. Debido al menor costo de estos servicios prestados en un entorno de paciente ambulatorio, se aplicará lo siguiente a los servicios de visita en el consultorio y los honorarios profesionales prestados en estas clínicas para pacientes ambulatorios:

- a. Los pacientes de la clínica son pacientes del hospital y completarán el mismo formulario básico de solicitud de asistencia económica

- b. Los ingresos familiares del paciente se determinarán principalmente mediante talones de pago
- c. No será obligatorio presentar declaraciones de impuestos como prueba de ingresos a menos que Asesoría Financiera determine que es razonable y necesario debido a circunstancias inusuales.
- d. Una carta de certificación del paciente se puede usar de manera limitada cuando sea apropiado para las circunstancias de un paciente individual
- e. Sujeto a la consideración de los factores establecidos en el párrafo 3 arriba para los servicios que no son de emergencia, TFHD determinará a su sola discreción; los pacientes pagarán un cargo reducido basado en la escala variable abajo. Si el Paciente está cubierto por una obligación de tercero, la obligación del Paciente será pagar la diferencia entre la cantidad pagada por el tercero y las cantidades de la escala variable, si la hubiere.

Escala variable de la clínica

Calificación del Nivel federal de pobreza del paciente/familia	Cantidad del pago adeudado por la visita en la clínica
Ingresos menores o iguales al 200 %	Precio fijo de \$25 por visita
Ingresos entre 201 % y 400 %	Tarifario real de Medicare

E. Servicios de atención médica en casa y de hospicio

TFHD opera servicios de atención médica en casa y de hospicio que están situados fuera del campus del hospital y prestan atención y servicios en las casas de los pacientes según las directrices de Medicare y Medi-Cal/Medicaid. Debido al menor costo relacionado con la prestación de la atención médica en casa para pacientes que están confinados en casa comparado con el costo adicional relacionado con el transporte y seguimiento en la clínica para pacientes ambulatorios o en el hospital, se aplicará lo siguiente a los servicios prestados en casa:

- 1. Los pacientes de atención médica en casa y de hospicio son pacientes de TFHD y completarán el mismo formulario básico de solicitud de asistencia económica.
- 2. Los ingresos de la familia del paciente se determinarán principalmente mediante talones de pago.
- 3. No será obligatorio presentar declaraciones de impuestos como prueba de ingresos a menos que el personal de Asesoría Financiera o de Atención Médica en Casa y Hospicio determine que es razonable y necesario debido a circunstancias inusuales.
- 4. Una carta de certificación del paciente se puede usar de manera limitada cuando sea apropiado para las circunstancias de un paciente individual.
- 5. Sujeto a la consideración de los factores establecidos arriba para los servicios que no son de emergencia, TFHD determinará a su sola discreción; los pacientes pagarán un cargo reducido basado en la escala variable abajo. Si el Paciente está cubierto por una obligación de tercero, la obligación del Paciente será pagar la diferencia entre la cantidad pagada por el tercero y las cantidades de la escala variable, si la hubiere.

Escala variable de la atención médica en casa y de hospicio

Calificación del Nivel federal de pobreza del paciente/familia	Cantidad del pago adeudado por la visita domiciliaria
Ingresos menores o iguales al 200 %	50 % de la tasa de pago de Medicare
Ingresos entre 201 % y 400 %	Tarifario real de Medicare

F. Servicios de enfermería especializada de parte diferenciada

- a. Los servicios de enfermería especializada también son de naturaleza bastante diferente a los servicios de atención de casos agudos para pacientes hospitalizados, pacientes ambulatorios y de emergencia. Los pacientes en el centro de enfermería especializada de parte diferenciada a menudo son residentes en el hospital y necesitan programas especiales diseñados para satisfacer sus necesidades de atención médica de largo plazo.
- b. Dada la naturaleza única de dar atención médica a los pacientes de un centro de enfermería especializada, se aplicarán los siguientes requisitos de asistencia económica:
 - i. Todos los pacientes de enfermería especializada o sus representantes familiares deberán completar la solicitud de asistencia económica de TFHD y dar los documentos de respaldo que se les piden en la solicitud estándar
 - ii. Los pacientes pagarán una tarifa reducida según la siguiente escala variable

Escala variable de enfermería especializada de parte diferenciada

Calificación del Nivel federal de pobreza del paciente/familia	Cantidad del pago adeudado por servicios de centro de enfermería especializada de parte diferenciada
Ingresos menores o iguales al 200 %	50 % de la tasa de pago de Medi-Cal
Ingresos entre 201 % y 400 %	100 % de la tasa de pago de Medi-Cal

G. Planes de pago

1. Cuando TFHD toma la determinación de dar ayuda benéfica parcial con descuento, se le puede dar al paciente la opción de pagar una parte o la totalidad de la cantidad a pagar pendiente mediante un plan de pago a plazo programado, como alternativa al pago de una suma global única.
2. TFHD hablará sobre las opciones de planes de pago con cada paciente que pida hacer arreglos para pagos a largo plazo. Los planes de pago individuales se organizarán basados en la capacidad del paciente para cumplir efectivamente los términos de pago. Como directriz general, los planes de pago se estructurarán para que no duren más de tres (3) meses. Además, TFHD trabaja con un proveedor externo si los pacientes necesitan términos del plan de pago que excedan los tres (3) meses. Los términos del plan de pago están sujetos a los requisitos del proveedor. TFHD negociará de buena fe con el paciente; sin embargo, no hay obligación de aceptar las condiciones de pago que el paciente ofrece. No se cobrarán intereses a las cuentas de pacientes calificados durante la duración de cualquier plan de pago dispuesto según las disposiciones de la Política de asistencia económica.

H. Circunstancias especiales

1. Cualquier solicitud de asistencia económica hecha por o en nombre de los pacientes cubiertos por el Programa Medicare debe hacerse antes de que TFHD complete el servicio.
2. Si se determina que un paciente está sin hogar, se le puede considerar elegible para recibir ayuda benéfica, a discreción exclusiva de TFHD.
3. Los pacientes fallecidos que no tengan una cobertura de terceros, un patrimonio identificable o para quienes no se vaya a hacer una audiencia testamentaria, pueden

ser considerados elegibles para la ayuda benéfica, a discreción exclusiva de TFHD.

4. Los cargos de los pacientes que reciben Servicios de emergencia para los que TFHD no puede expedir un estado de cuenta pueden cancelarse como ayuda benéfica completa. Todas estas circunstancias se identificarán en las notas de cuenta del paciente como parte esencial del proceso de documentación.

I. Otras circunstancias elegibles

1. TFHD considera que aquellos pacientes que son elegibles para el programa de asistencia a pacientes de bajos ingresos patrocinado por el gobierno (por ejemplo, Medi-Cal/Medicaid y cualquier otro programa estatal o local aplicable a pacientes de bajos ingresos) son elegibles según la Política de asistencia económica cuando se prestan servicios que no están cubiertos por el programa gubernamental. Por ejemplo, los servicios para pacientes que califican para Medi-Cal/Medicaid y otros programas que atienden las necesidades de pacientes de bajos ingresos que el programa del gobierno no cubre, son elegibles para la cobertura del Programa de asistencia económica. Según la Política de asistencia económica de TFHD, estos saldos de cuentas de pacientes no reembolsados resultantes son elegibles para la cancelación total como ayuda benéfica completa. Específicamente incluidos como ayuda benéfica están los cargos relacionados con estancias denegadas, días de atención denegados y servicios no cubiertos. Todas las denegaciones de solicitudes de autorización de tratamiento (TAR) y cualquier falta de pago por servicios no cubiertos prestados a Medi-Cal/Medicaid y otros pacientes cubiertos por programas calificados de bajos ingresos y otras denegaciones (por ejemplo, cobertura restringida) deben clasificarse como ayuda benéfica si, en el momento en que los servicios se prestaron, TFHD creía que tales servicios eran médicamente necesarios.
2. La parte de las cuentas del paciente de Medicare (a) por la que el paciente es económicamente responsable (coseguro y cantidades deducibles), (b) que no está cubierta por el seguro o cualquier otro pagador, incluyendo Medi-Cal/Medicaid, y (c) que no está reembolsado por Medicare como una deuda incobrable, puede clasificarse como ayuda benéfica si:
 - a. El paciente es beneficiario de Medi-Cal/Medicaid u otro programa que atiende las necesidades de atención médica de pacientes de bajos ingresos; o
 - b. De lo contrario, el paciente califica para recibir asistencia económica según esta política y solo en la medida de la cancelación prevista en esta política.

J. Consideración de atención catastrófica

1. Los pacientes que no califican para la ayuda benéfica o la ayuda benéfica parcial con descuento pueden, sin embargo, ser elegibles para recibir asistencia económica en caso de una enfermedad o condición que califique como un evento catastrófico. La determinación de un evento catastrófico se hará caso por caso. La determinación de un evento catastrófico se basará en la cantidad de la responsabilidad del paciente por los cargos facturados y en la consideración de los ingresos y activos familiares del individuo según lo reportado en el momento de la ocurrencia. La administración puede usar su discreción razonable caso por caso para determinar si una persona o familia es elegible para recibir asistencia económica y en qué medida es elegible basado en un evento catastrófico. La asistencia económica será en forma de un porcentaje de descuento de algunos o todos los cargos mensuales aplicables. La administración usará la tabla de elegibilidad para eventos catastróficos como directriz para determinar la elegibilidad y el nivel de cualquier asistencia económica. La Tabla de elegibilidad para eventos catastróficos no

garantiza que alguna persona recibirá asistencia económica ni el nivel de asistencia dada.

K. Criterios para la reasignación de deudas incobrables a ayuda benéfica

1. TFHD hará todo lo posible para considerar que los pacientes no son elegibles para recibir asistencia económica antes de enviar las cuentas a cobros. Las cuentas de los pacientes solo se asignarán a cobros cuando estén muy atrasadas y los pacientes tengan: a). se determina que no es elegible para asistencia económica b). no responden a los intentos de facturar u ofrecer asistencia económica durante 180 días.
2. Cualquier cuenta devuelta a TFHD por una agencia de cobro que haya determinado que el paciente o el representante de la familia no tiene los recursos para pagar su factura, puede considerarse elegible para la ayuda benéfica. La documentación de la incapacidad del paciente o representante de la familia para pagar los servicios se mantendrá en la documentación de Ayuda benéfica. También se puede pedir una solicitud.

L. Determinación

1. Cuando se realice una determinación de elegibilidad, se enviará una carta al paciente o representante de la familia indicando el estado de la determinación. La carta de estado de determinación indicará uno de los siguientes:
 1. Aprobación: La carta indicará que se aprobó la asistencia económica, el nivel de asistencia y cualquier responsabilidad pendiente o potencial del paciente.
 2. Denegación: Si el paciente no es elegible para recibir asistencia económica debido a sus ingresos o activos monetarios o tipo de servicio, se le explicarán los motivos por los que se le niega la elegibilidad. También se identificará cualquier cantidad pendiente que el paciente adeude.
 3. Incompleto: Se le informará al solicitante por qué la solicitud de asistencia económica está incompleta. Toda la información pendiente se identificará y el paciente o el representante de la familia la pedirá a TFHD en un plazo específico. En general, los pacientes tendrán treinta (30) días a partir de la recepción de la solicitud para devolver la solicitud completa y los documentos de respaldo correspondientes.

M. Reconsideración de la denegación de elegibilidad

1. En caso de que un paciente cuestione la determinación de elegibilidad de TFHD, el paciente puede presentar una solicitud por escrito de reconsideración ante TFHD en un período de 60 días después de la recepción de la notificación de elegibilidad. La solicitud por escrito debe contener una explicación completa de la disputa del paciente y la justificación de la reconsideración. Cualquier otra documentación relevante para respaldar el reclamo del paciente debe adjuntarse a la apelación por escrito.
2. Cualquiera o todas las apelaciones serán revisadas por el director financiero de TFHD. El director financiero o su designado deberá considerar todas las declaraciones por escrito de disputa y cualquier documentación adjunta. Después de completar una revisión de los reclamos del paciente, el director financiero le dará al paciente una explicación por escrito de los resultados de la reconsideración de la elegibilidad del paciente. Todas las determinaciones del director financiero serán definitivas. No hay más apelaciones.
3. Todas las decisiones discrecionales de TFHD no estarán sujetas a más revisión ni reconsideración.

N. Aviso público

1. TFHD publicará avisos informando al público sobre el Programa de asistencia económica. Dichos avisos se colocarán en áreas de servicio de alto volumen de pacientes hospitalizados y ambulatorios del hospital, incluyendo, entre otros, el departamento de emergencias, la oficina de facturación, las áreas de ingreso de pacientes hospitalizados y de registro de pacientes ambulatorios u otras áreas comunes de espera de pacientes del hospital. También se colocarán avisos en cualquier lugar donde un paciente pueda pagar su factura. Los avisos incluirán información de contacto sobre cómo un paciente puede obtener más información sobre asistencia económica y dónde pedir dicha asistencia. Los avisos también incluirán información sobre cómo obtener solicitudes para posible cobertura por medio de Covered California y Medi-Cal e información de contacto de Health Consumer Alliance.
2. Estos avisos se publicarán en inglés y español y en cualquier otro idioma que sea representativo del idioma principal del 5 % o más de los residentes en el área de servicio del hospital.
3. En el momento del servicio, se notifica a los pacientes que la ayuda benéfica o la asistencia económica pueden estar disponibles en la [Guía de facturación y asistencia económica](#)
4. Los pacientes recibirán una solicitud como parte del ciclo de facturación. Es posible que se pida más documentación e información del paciente después de la solicitud inicial.
5. TFHD muestra un resumen de su programa de asistencia económica en su sitio web.
 - a. Se pondrá a disposición del público una copia de esta Política de asistencia económica de manera razonable.

O. Confidencialidad

Se reconoce que la necesidad de asistencia económica es un tema sensible y profundamente personal para los beneficiarios. Se mantendrá la confidencialidad de las solicitudes, la información y el financiamiento para todos los que busquen o reciban asistencia económica. La orientación del personal y la selección del personal que implementará esta política debe estar guiada por estos valores.

P. Requisitos de buena fe

1. TFHD hace arreglos para asistencia económica para pacientes calificados de buena fe y se basa en el hecho de que la información presentada por el paciente o el representante de la familia es completa y precisa.
2. La prestación de asistencia económica no elimina el derecho a facturar, ya sea retrospectivamente o en el momento del servicio, por todos los servicios de ayuda benéfica completa o ayuda benéfica parcial con descuento cuando la información se haya retenido intencionalmente o el paciente o el representante de la familia haya dado información inexacta intencionalmente, en la medida en que dicha información inexacta o retenida afecte la elegibilidad del paciente para recibir asistencia económica, o cualquier asistencia económica provista a discreción de TFHD. Además, TFHD se reserva el derecho de buscar todos los recursos, incluyendo, entre otros, los recursos civiles y penales de aquellos pacientes o representantes de la familia que intencionalmente hayan retenido o dado información inexacta para calificar para el Programa de asistencia económica de TFHD.

Referencias:

Vea las actas de la reunión de la Junta Directiva de TFHD del 26 de enero de 2015 y del 24 de mayo de 2011;

La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio, Ley Pública 111-148 (124 Stat. 119)

(2010) Sección 9007; Código de Salud y Seguridad, Secciones 127360-127360; Secciones 127400-127440 del Código de Salud y Seguridad

1 La familia de un paciente se define como: 1) Para personas mayores de 18 años, cónyuge, pareja doméstica e hijos dependientes menores de 21 años, ya sea que vivan en casa o no; y 2) Para personas menores de 18 años, padres, cuidadores familiares y otros hijos menores de 21 años del padre o cuidador familiar.

Todas las fechas de revisión

12/2021, 04/2020, 03/2020, 01/2015, 02/2014, 01/2014, 01/2012, 05/2011

Adjuntos

[COVID-19 Access to Healthcare Crisis FA Addendum.pdf](#)

Firmas de aprobación

Descripción de paso

Persona que aprueba

Fecha

Harry Weis: CEO

12/2021

Martina Rochefort: Secretaria de la Junta

12/2021



Solicitud de asistencia financiera

Instrucciones:

1. **Complete la solicitud adjunta en su totalidad.** Si un área no se aplica a usted, coloque N/A. Si necesita más espacio para responder alguna pregunta, adjunte una página adicional. El tamaño del grupo familiar está determinado por la cantidad de personas indicadas en la declaración de impuestos, incluidos el cónyuge o los dependientes. La solicitud debe estar firmada y fechada para que se considere completa.
2. **Adjunte todos los documentos requeridos. Las solicitudes deben incluir lo siguiente:**
 - a. **Carta de dificultades** en la que se explique por qué está solicitando asistencia y cualquier circunstancia especial que demuestre la necesidad. Comente cuáles son sus condiciones de vida, gastos, circunstancias inusuales, etc. Incluya la naturaleza de los servicios en relación con los cuales está solicitando asistencia (es decir, visita a la sala de emergencias, cirugía, servicios opcionales, etc.). Mientras más información proporcione en la que explique su situación, mejor podrá el Health System (Sistema de Salud) determinar la necesidad de asistencia financiera.
 - b. **Copia de la carta de denegación de Medi-Cal** si presentó la solicitud y esta fue denegada en el último año.
 - c. **Documentos de constancia de ingresos:**
 - i. **Si presentó una declaración federal de impuestos, debe presentar una copia de lo siguiente:**
 1. Declaración federal de impuestos sobre la renta (Formulario 1040) y formulario W-2 del último año. Debe incluir todos los anexos (es decir, Anexo C para trabajo autónomo) y documentos adjuntos que se presentan ante el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service) a fin de que su solicitud se considere completa. No se requieren los impuestos estatales.
 2. Si está casado y realiza la presentación por separado, debe incluir ambos grupos de impuestos.
 - ii. **Si no presentó una declaración federal de impuestos, debe presentar lo siguiente:**
 1. Recibos de pago de los últimos dos (2) meses y formulario W-2 del último año.
 2. Una carta en la que se explique por qué no presentó una declaración federal de impuestos sobre la renta.
 3. Últimos tres (3) estados de cuenta bancarios.
 - iii. **Si no tiene documentación de constancia de ingresos, explique de qué manera se sustenta/sustenta a su familia en la carta de dificultades.**
 - iv. **Cualquier otra documentación de constancia de ingresos, como aportes a la cuenta de jubilación individual (Individual Retirement Account, IRA), fondos del Seguro Social, etc.**
3. **Coloque sus iniciales en la lista de verificación** para asegurarse de que todos los documentos solicitados estén adjuntos. Si la opción no se aplica a usted, coloque N/A.
4. **Envíe la solicitud completa** con todos los documentos a la dirección que figura a continuación o entréguelos en el mostrador del vestíbulo principal del hospital en un plazo de 30 días posteriores a su recepción.

Envíe la solicitud completa por:

Correo:
Tahoe Forest Hospital District
Financial Counseling
PO BOX 759
Truckee, CA 96160

-0-

En persona:
Tahoe Forest Hospital
Financial Counseling
10121 Pine Ave
Truckee, CA 96161



Solicitud de asistencia financiera

Lista de verificación

Coloque sus iniciales en la línea para indicar que cada una de las opciones está completa y se incluye en la solicitud, o bien coloque N/A.

Para todos los solicitantes:

- _____ Formulario de solicitud firmado y completo
 - _____ Carta de dificultades
 - _____ Copia de la carta de denegación de Medi-Cal
 - _____ Constancia de ingresos adicional (indicar): _____
-

Si presentó una declaración federal de impuestos:

- _____ Declaración federal de impuestos completa (Formulario 1040) del último año
 - _____ Formulario W-2 del último año
 - _____ Anexo C, si es trabajador autónomo
 - _____ Otros anexos (indicar): _____
 - _____ Declaración de impuestos del cónyuge, si está casado y realiza la presentación por separado
-

Si no presentó una declaración federal de impuestos:

- _____ Recibos de pago de los últimos 2 meses
- _____ Carta en la que se explique por qué no presentó una declaración federal de impuestos
- _____ Últimos 3 estados de cuenta bancarios



TAHOE
FOREST
HOSPITAL
DISTRICT

Solicitud de asistencia financiera

Nombre del paciente/garante		Número de Seguro Social del paciente/garante	
Nombre del cónyuge		Fecha de nacimiento del paciente/garante	
Dirección de correo postal		Teléfono de casa/celular	
		Teléfono de trabajo	

CUENTAS

Indique todas las cuentas en relación con las cuales solicita asistencia:

¿TIENE ALGUNA REUNIÓN CON MSC (MULTISPECIALTY CLINIC) RELACIONADA QUE DEBA CONSIDERARSE? SÍ / NO

SITUACIÓN FAMILIAR

Indique todos los dependientes a los que brinda sustento.

	Nombre	Edad	Relación
1			
2			
3			
4			
5			

SITUACIÓN LABORAL

Empleador del paciente/garante	Puesto
Persona de contacto	Teléfono



Solicitud de asistencia financiera

Empleador del cónyuge	Puesto
Persona de contacto	Teléfono

<u>INGRESOS</u>		
	Paciente/garante	Cónyuge
1. Sueldo y salario brutos por año (antes de las deducciones)		
2. Ingresos por trabajo autónomo por año		
Otros ingresos:		
3. Intereses y dividendos		
4. Arrendamientos de bienes inmuebles y alquileres		
5. Seguro Social		
6. Pensión alimenticia		
7. Sustento de menores		
8. Desempleo/Discapacidad		
9. Asistencia pública		
10. Todas las demás fuentes (adjuntar lista)		
Ingresos totales (sumar las líneas 1 a 10 anteriores)		

<u>GASTOS INUSUALES</u>	
Proporcione información sobre cualquier gasto inusual como facturas médicas, quiebra, sentencias judiciales o pagos de liquidación (adjuntar lista según sea necesario).	
Descripción	Monto



Solicitud de asistencia financiera

Página de firmas

Al firmar a continuación, declaro/declaramos que toda la información proporcionada es correcta y verdadera a mi/nuestro leal saber y entender. Autorizo/autorizamos a Tahoe Forest Hospital District a verificar la información mencionada en esta solicitud. Expresamente otorgo/otorgamos permiso para comunicarse con mi/nuestro empleador.

Firma del paciente/garante Fecha

Firma del cónyuge Fecha

SOLO PARA USO DEL HOSPITAL

Solicitud revisada por: _____ Fecha: _____

Aprobada: Sí No

Motivo de la denegación _____

Revisión 06/17