

TÍTULO

Programa de asistencia financiera

PÓLIZA

Sky Lakes proporciona servicios de atención de emergencia de acuerdo con la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA, por sus siglas en inglés), independientemente del seguro o la situación financiera del paciente. Los descuentos por servicios de emergencia se determinan una vez cumplidas las obligaciones con la EMTALA.

Sky Lakes prestará servicios gratuitos para los servicios tradicionales no electivos a los pacientes que cumplan los requisitos financieros establecidos por el centro. Como instrumento de medición financiera, se utilizarán las Directrices Federales de Ingresos de Pobreza que se publican cada año.

Sky Lakes no discrimina por motivos de raza, color, religión, sexo, edad, discapacidad o nacionalidad.

La asistencia financiera hospitalaria proporcionada por Sky Lakes está destinada a ayudar a los miembros residentes de las comunidades atendidas por Sky Lakes, incluyendo los condados de Klamath y Lake en Oregón, así como los condados de Modoc y Siskiyou en California. Es posible que se requiera una prueba de residencia actual junto con la solicitud.

No se requiere una prueba de residencia para ningún servicio prestado en la clínica Cascades East Family Practice.

Todos los servicios de emergencia/urgencia pueden considerarse elegibles para la asistencia financiera.

La asistencia financiera sólo aplica para las cuentas facturadas por Sky Lakes. Es posible que otros médicos independientes, lo que incluye anesthesiólogos, cirujanos, patólogos y otros especialistas facturen por separado. No se aplicará la asistencia financiera del Hospital para estas facturas. Además, la asistencia financiera no puede aplicarse a ningún servicio de ambulancia, vuelo aéreo u otro tipo de transporte. La lista completa de proveedores independientes cuyos servicios no están cubiertos por la solicitud de asistencia financiera de Sky Lakes se puede solicitar en cualquier momento o se puede encontrar en la [adenda adjunta](#).

Otros **servicios hospitalarios o especializados excluidos** pueden ser:

- A. Servicios considerados no cubiertos o no necesarios desde el punto de vista médico por el programa Medicaid del Estado de Oregón o el seguro privado del paciente.
- B. Servicios que no son de emergencia proporcionados a un paciente que elige venir a Sky Lakes fuera de la red de su plan de seguros.
- C. Pacientes que tienen seguro pero optan por no utilizarlo.
- D. Procedimientos electivos.

- E. Llevar a casa las recetas o suministros emitidos por la Farmacia.
- F. Equipo médico duradero.
- G. Servicios prestados como resultado de la conducta delictiva del propio paciente.

Ingresos del hogar

Los ingresos del hogar se determinan utilizando la definición de la Oficina del Censo, que utiliza los siguientes ingresos al calcular las directrices federales de pobreza:

- A. Los ingresos incluyen las ganancias, el subsidio de desempleo, la compensación de los trabajadores, la seguridad social, la seguridad de ingreso suplementario, los pagos a los veteranos, los beneficios como superviviente, los ingresos de pensiones o de jubilación, los intereses, los dividendos, los alquileres, los derechos de autor, los ingresos de las herencias, los fideicomisos, la pensión alimenticia y la manutención de los hijos.
- B. Quedan excluidas prestaciones como el seguro médico, los cupones de alimentos, las ayudas a la educación y los subsidios de vivienda.
- C. También se excluyen las ganancias o pérdidas de capital.

Se trata de directrices generalmente aceptadas. Tenga en cuenta que si las circunstancias financieras de un paciente, como otras facturas médicas, la capacidad de ingresos futuros o un evento catastrófico importante afectan en gran medida la capacidad de un paciente para realizar futuros pagos, puede haber una consideración adicional para la atención de beneficencia.

Change Healthcare

Contratamos a un proveedor llamado Change Healthcare para que nos ayude a identificar a los pacientes que pueden tener derecho a la cobertura a través de los siguientes programas gubernamentales:

- A. Asistencia a las víctimas de delitos
- B. Medicaid de emergencia para extranjeros indocumentados
- C. Medicaid para mujeres embarazadas y niños
- D. Programa de Cáncer de Mama y Cérvix de Oregón
- E. Medicaid
- F. Medicare
- G. Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- H. Ayuda temporal para familias necesitadas (TANF)
- I. Veteranos

Los posibles beneficiarios de la Asistencia Financiera pueden recibir un examen gratuito de Change Healthcare en cualquier momento antes o durante el proceso de solicitud. Esto no es un requisito para recibir la Asistencia Financiera de Sky Lakes.

PROCEDIMIENTO

- A. Los solicitantes de Asistencia Financiera deberán completar un paquete de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés), disponible en todas las áreas de registro de Sky Lakes. Se pedirá a los pacientes que proporcionen la siguiente información:
 - 1. Tres meses de verificación de ingresos. Si un paciente declara que él o su cónyuge están desempleados o que no declararon impuestos el año anterior, se solicitará un registro de salarios.
 - 2. Registros de impuestos federales de los últimos dos años.

3. Haremos todo lo posible para determinar la capacidad de pago de un paciente en términos de ingresos, no de activos; sin embargo, las declaraciones de impuestos pueden ser utilizadas para identificar otros activos o futuras fuentes de ingresos para los pacientes que ganan más del 200% de las Directrices Federales de Pobreza. Se puede solicitar documentación adicional para tomar esta decisión.
- B. Los solicitantes que pidan ayuda para servicios hospitalarios o especializados deberán tener un número de la Seguridad Social, un número de identificación fiscal (TIN, por sus siglas en inglés) que funcione o un visado de viaje válido para poder acceder a ellos. Esto no se aplica a los servicios prestados en Cascade East Family Practice. También se pueden considerar otras excepciones cuando se trate de enfermedades que pongan en peligro la vida, como los diagnósticos de cáncer u otros servicios de gravedad. Estas determinaciones se hacen en función de cada caso.
 1. Si está casado, ambos cónyuges deberán tener un número de la Seguridad Social o un número de identificación personal (TIN) que funcione y deberán acreditar sus ingresos.
 2. En el caso de que el cónyuge no trabaje, solicitaremos un historial laboral a la oficina de empleo.
 3. Se hará una excepción si el cónyuge sólo tiene un número TIN de trabajo y no se puede obtener un registro de salarios de la oficina de empleo. El cónyuge deberá figurar en la declaración fiscal.
 - C. El tamaño de la familia se determinará en función de la información facilitada en la declaración de impuestos federal más reciente sobre el número de personas dependientes declaradas. Si el número de miembros de la familia de un paciente ha aumentado desde la última declaración de impuestos, necesitaremos documentos adicionales (por ejemplo, decretos judiciales, pruebas de nacimiento, etc.) para validar el cambio.
 - D. En el caso de las cuentas relacionadas con accidentes de tráfico y lesiones en el trabajo, no se ofrecerá ningún descuento por atención caritativa hasta que se reciba una denegación del seguro. Si en una fecha posterior se determina que hay un litigio en curso o que se puede llegar a un acuerdo, se retirará la oferta de atención caritativa hasta que se reciba una carta del abogado del paciente indicando que no hay acuerdo.
 - E. Es responsabilidad del paciente informar al hospital qué cuentas se incluirán en la consideración para la Asistencia Financiera. Asimismo, es responsabilidad del paciente informar al hospital cuando se incluyan cuentas adicionales para el paciente o los miembros de su familia aprobados en la determinación de la Asistencia Financiera. Los pacientes que reciban los estados de cualquier cantidad adeudada deberán ponerse en contacto con el hospital inmediatamente para asegurarse de que se incluyan estas cantidades. Sky Lakes no asumirá esta responsabilidad.
 - F. Por cada solicitud, el paciente recibirá una carta de aprobación, denegación o una carta explicando la información adicional necesaria para tramitar la solicitud en un plazo de 20 días.
 - G. Cada solicitud se considerará vigente durante seis meses naturales a partir de la fecha de aprobación, pero la asistencia también puede aplicarse con carácter retroactivo a cualquier cuenta al corriente de pago, si no se ha aplicado ya la asistencia o un descuento por autopago, o si el importe de la asistencia es ahora mayor que un importe aplicado anteriormente (sólo se considerará la diferencia entre ambos).
 - H. No reembolsaremos los pagos de autopago recibidos durante el proceso de solicitud o después de la aprobación de la Asistencia Financiera.
 - I. Cualquier paciente que haya cumplido los requisitos para recibir Asistencia Financiera no será responsable financieramente de un saldo anual del paciente que supere el 20% de los ingresos familiares totales del paciente. Además, a cualquier persona que se considere elegible para recibir Asistencia Financiera en virtud de la FAP no se le cobrará más que los importes

generalmente facturados a las personas que tienen seguro para la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria.

- J. Para calcular los Importes Generalmente Facturados (AGB, por sus siglas en inglés), Sky Lakes utiliza el “método retrospectivo”. Este método basa los AGB en las reclamaciones totalmente procesadas de pacientes hospitalizados, ambulatorios y clínicas con un pagador primario de Medicare de pago por servicio, militar o un pagador comercial (lo que incluye los planes de Medicare Advantage) para cada año fiscal. A continuación, la suma de los pagos totales efectuados por esos pagadores se divide por la suma de los gastos hospitalarios totales de esas reclamaciones para identificar el “porcentaje de AGB”. Sky Lakes ha fijado el porcentaje mínimo de condonación para las personas que reúnen los requisitos de la FAP en un 70% para garantizar que seguimos cumpliendo o superando los descuentos porcentuales de los AGB proporcionados a otras personas aseguradas que buscan una atención de urgencia u otra médicamente necesaria. Este porcentaje mínimo de AGB se revisa cada año fiscal para garantizar su cumplimiento.

Posible elegibilidad para la Asistencia Financiera

La posible beneficencia puede considerarse cuando se han agotado todas las demás vías de pago. En el caso de que no haya pruebas que apoyen la elegibilidad de un paciente para la atención caritativa, Sky Lakes puede utilizar agencias externas en la determinación de las cantidades de ingresos estimados para la base de la determinación de la elegibilidad de la atención caritativa. La posible elegibilidad puede determinarse con base en las circunstancias de vida individuales que pueden incluir, pero no limitarse a:

- A. Programas de prescripción financiados por el Estado
- B. Elegibilidad para Medicaid
- C. Personas sin hogar o que reciben atención de una clínica para personas sin hogar
- D. Elegibilidad para otros programas de asistencia estatales o locales que no tienen financiación (por ejemplo, la reducción de gastos de Medicaid)
- E. Las viviendas de bajos ingresos/subvención se facilitan como dirección válida.
- F. El paciente ha fallecido sin patrimonio conocido.

Una vez que se determine que la cuenta de un paciente reúne los requisitos para la posible beneficencia, el representante deberá llenar una solicitud de asistencia. En la cuenta o cuentas se anotará que el paciente tiene derecho a la posible beneficencia. Esto también puede incluir las cuentas que están en la agencia de cobros mientras no se hayan emprendido acciones legales.

Prácticas de cobro

- A. Los estados se envían por correo una vez que se determina el saldo de autopago del paciente, seguido de tres estados adicionales para un total de cuatro estados de facturación. Todos los estados deberán incluir un lenguaje claro sobre los planes de pago sin intereses y las opciones de Asistencia Financiera.
- B. Sky Lakes hará todo lo posible para determinar si un paciente es o no elegible para la FAP durante los 120 días posteriores a la fecha de atención del paciente. Durante este periodo de 120 días, conocido como “periodo de notificación”, Sky Lakes hará intentos concertados para involucrar al paciente en la determinación de la elegibilidad de la FAP. Durante este periodo de determinación, el paciente podrá solicitar formalmente la Asistencia Financiera con la ayuda de Change Healthcare o por su cuenta a través de la oficina de asesoramiento financiero. Una vez presentada la solicitud, se puede aplicar una prórroga adicional de 120 días a las cuentas del paciente mientras se toma una decisión.
- C. Las llamadas telefónicas de cobro se realizan durante todo el proceso de facturación, con no menos

de una llamada telefónica obligatoria al paciente. Sky Lakes hará ciertos esfuerzos para proporcionar a los pacientes no asegurados información sobre nuestra póliza de Asistencia Financiera y planes de pago sin intereses antes de que Sky Lakes o nuestros proveedores de cobro tomen ciertas acciones para cobrar el pago. Estos esfuerzos incluirán la notificación al paciente sobre el proceso de la FAP, la provisión al paciente de información relevante para completar una solicitud incompleta de la FAP, la determinación de si el paciente es o no elegible para la FAP y la documentación de dicha determinación.

- D. No se llevarán a cabo acciones de cobro extraordinarias contra ningún paciente sin antes hacer esfuerzos razonables para determinar si ese paciente es elegible para la Asistencia Financiera. Los esfuerzos razonables incluirán, pero no se limitan a, la validación de que el paciente adeuda las facturas no pagadas y que todas las fuentes de pago de terceros han sido identificadas y facturadas por Sky Lakes. Los esfuerzos razonables también incluyen la prohibición de emprender acciones de cobro extraordinarias (ECA, por sus siglas en inglés) contra un paciente no asegurado (o probablemente infrasegurado) hasta que el paciente haya sido informado de la póliza de Asistencia Financiera del centro asistencial y haya tenido la oportunidad de solicitarla o se haya acogido a un plan de pago razonable. Algunos ejemplos de ECA incluyen:
1. Embargo de la propiedad de un individuo
 2. Ejecución hipotecaria de la propiedad de un individuo
 3. Embargo de la cuenta bancaria de un individuo o de cualquier otra propiedad personal
 4. Inicio de una acción civil contra un individuo
 5. Solicitud de arresto de un individuo
 6. Embargo del salario de un individuo
 7. Comunicación de información adversa sobre una persona a una buró de crédito
 8. Venta de la deuda de un individuo a un tercero
- E. Sky Lakes podrá emprender acciones de cobro contra los pacientes que no reúnen los requisitos para recibir Asistencia Financiera, los pacientes que recibieron descuentos en la atención o descuentos por dificultades médicas pero que ya no cooperan de buena fe para pagar el saldo restante, los pacientes que no cumplan con los intentos de ponerse en contacto con ellos, o los pacientes que han establecido planes de pago pero que no se apegan al plan de pago.
- F. Las declaraciones o información fraudulentas proporcionadas por el paciente con el fin de obtener Asistencia Financiera podrán ser remitidas al Departamento de Justicia de Oregón para su enjuiciamiento. Los pacientes que falsifiquen la solicitud del programa ya no tendrán derecho al programa y serán responsables de todos los cargos incurridos mientras estén inscritos en el programa con carácter retroactivo al primer día en que se incurrió en los cargos del programa.