

DISTRITO SANITARIO DEL NORTE DE INYO

Política de asistencia financiera y atención benéfica

Responsable: Director del ciclo de ingresos **Departamento:** Ciclo de ingresos

Ámbito: Todo el distrito

Fecha de aprobación original: 15/02/2017

Fecha de la última revisión: 18/06/2025

Aprobación final: Junta Directiva del NIHD

OBJETIVO

Garantizar que la capacidad financiera de los pacientes y familias con bajos ingresos, sin seguro o con seguro insuficiente no les impida buscar o recibir atención médica. El Distrito Sanitario del Norte de Inyo (NIHD) proporciona asistencia financiera y atención benéfica médicamente necesarias a todos los pacientes que cumplen los requisitos, de conformidad con las directrices de esta política. Esta Política de asistencia financiera y atención benéfica está diseñada para satisfacer los requisitos de la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas, las secciones 127400-127466 y siguientes del Código de Salud y Seguridad de California, y las directrices de la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos en relación con la asistencia financiera a pacientes sin seguro o con seguro insuficiente.

Esta política tiene por objeto:

- Definir las formas de asistencia financiera disponibles y los criterios de elegibilidad asociados.
- Establecer los procesos que los pacientes deben seguir para solicitar asistencia financiera y el proceso que seguirá el hospital para revisar las solicitudes de asistencia financiera.
- Proporcionar un medio de revisión en caso de disputa sobre una determinación de asistencia financiera.
- Proporcionar directrices administrativas y contables para ayudar a identificar, clasificar y notificar la asistencia financiera.
- Establecer el proceso que seguirá el NIHD para proporcionar a los pacientes una estimación de la responsabilidad financiera por los servicios; y
- Definir los descuentos disponibles para los pacientes por los servicios hospitalarios y ambulatorios prestados en el NIHD.

Esta política no tiene por objeto renunciar ni modificar ninguna disposición contractual o tarifa negociada entre el NIHD y un tercero pagador, ni tampoco tiene por objeto ofrecer descuentos a terceros pagadores no contratados u otras entidades que sean legalmente responsables de realizar el pago en nombre de un beneficiario, una persona cubierta o un asegurado.

DEFINICIONES:

Servicios cubiertos: Los servicios cubiertos son todos aquellos que se consideran médicamente necesarios. Los servicios que son «servicios electivos que requieren aprobación administrativa previa», tal y como se definen a continuación, no son servicios cubiertos.

Atención de urgencia: La atención de urgencia es cualquier servicio que se considere que pone en peligro la vida o que pueda provocar la pérdida de una extremidad o una discapacidad si se retrasa la atención. Por lo general, el servicio comienza en el servicio de urgencias y el paciente no es dado de alta hasta que se le ha prestado la atención de urgencia.

Servicios electivos que requieren aprobación administrativa previa: Debido a su naturaleza única, ciertos servicios que no son de emergencia requieren aprobación administrativa antes de la admisión y el tratamiento. Por lo general, los pacientes que buscan servicios complejos, especializados o de alto costo, como procedimientos experimentales, trasplantes o procedimientos cosméticos, deben obtener aprobación administrativa antes de recibir atención.

Los pacientes que soliciten estos servicios no podrán optar a la atención benéfica completa, la atención con descuento, la atención benéfica para casos catastróficos ni la atención benéfica para casos de alto costo médico, a menos que la administración del hospital conceda una excepción. Solo se considerarán excepciones para los residentes del condado de Inyo.

El Distrito Sanitario del Norte de Inyo (NIHD) establecerá un proceso para que los residentes del condado de Inyo soliciten la aprobación administrativa previa. Si un paciente elegible recibe un servicio que requiere aprobación previa sin haberla obtenido, tendrá derecho a la atención con descuento o a la atención benéfica para gastos médicos elevados, si cumple los requisitos. De lo contrario, recibirá un descuento para pacientes sin seguro.

Paciente sin seguro: un paciente sin seguro es un paciente que no tiene ninguna fuente de pago para ninguna parte de sus gastos médicos, incluyendo, sin limitación, seguros comerciales o de otro tipo, programas de prestaciones sanitarias patrocinados por el gobierno o responsabilidad civil de terceros, o cuyos beneficios en virtud del seguro se hayan agotado antes de la admisión. Los pacientes sin cobertura pueden ser evaluados para determinar su elegibilidad para programas gubernamentales estatales y federales.

Idioma principal del área de servicio del NIHD: El idioma principal de la población local del NIHD es el inglés.

Familia del paciente: La familia del paciente incluye al paciente y a las personas mayores de 18 años, el cónyuge, la pareja de hecho, tal y como se define en la sección 297 del Código Familiar de California, y los hijos dependientes menores de 21 años, vivan o no en el hogar. En el caso de las personas menores de 20 años, se incluye a los padres, familiares cuidadores y otros hijos menores de 21 años de los padres o familiares cuidadores. Miembros de la familia discapacitados mayores de 18 años.

Ingresos familiares: Los ingresos familiares son los ingresos anuales de la familia durante los últimos 12 meses o el último año fiscal, según se refleja en las últimas nóminas o declaraciones de la renta, menos los pagos realizados en concepto de pensión alimenticia y manutención de los hijos. La prueba de los ingresos puede determinarse anualizando los ingresos familiares acumulados hasta la fecha, teniendo en cuenta las tasas de ingresos actuales.

Gastos médicos elevados: Incluye cualquiera de los siguientes:

- Los gastos anuales pagados por el paciente en el hospital que superen el 10 % de los ingresos familiares actuales del paciente o los ingresos familiares de los últimos 12 meses, lo que sea menor.
- Los gastos anuales de bolsillo que superen el 10 % de los ingresos familiares del paciente si este proporciona documentación de los gastos médicos pagados por él o su familia en los 12 meses anteriores.
- Los gastos y costos de bolsillo se refieren a cualquier gasto por atención médica que no sea reembolsado por el seguro o un programa de cobertura médica, como los copagos de Medicare o el costo compartido de Medi-Cal.

Directrices federales de pobreza: la medida de los niveles de ingresos publicada anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y utilizada por los hospitales para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. Estas directrices están disponibles en <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economicmobility/poverty-guidelines>.

Directrices federales sobre el nivel de pobreza (FPL) para 2025

	100 % Atención benéfica completa	90 Descuento	80 Descuento	70 % Descuento	60 % Descuento	55 Descuento
Tamaño de la familia (hogar)	Anual 100 % del FPL	200 % del FPL anual	250 % del FPL anual	300 % del FPL anual	350 % del FPL anual	400 % del FPL anual
1	15 060	30 120	37 650	45 180	52 710	60 240
2	20 440	40 880	51 100	61 320	71 540	81 760
3	25 820	51 640	64 550	77 460	90 370	103 280
4	31 200	62 400	78 000	93 600	109 200	124 800
5	36 580	73 160	91 450	109 740	128 030	146 320
6	41 960	83 920	104 900	125 880	146 860	167 840
7	47 340	94 680	118 350	142 020	165 690	189 360
8	52 720	105 440	131 800	158 160	184 520	210 880
Por cada miembro adicional	5380	10 760	13 450	16 140	18 830	21 520

POLÍTICA:

La asistencia financiera está disponible para los pacientes elegibles que reciben servicios cubiertos y siguen los procedimientos aplicables (como completar solicitudes y proporcionar la información requerida).

Asistencia financiera: el término «asistencia financiera» se refiere a la atención benéfica completa, la atención con descuento, la atención benéfica en circunstancias especiales, la atención benéfica en casos catastróficos, la atención benéfica por gastos médicos elevados, el descuento para pacientes sin seguro y el plan de pago ampliado.

- A. Atención benéfica completa:** La atención benéfica completa es atención gratuita, lo que supone una condonación *total* de los gastos no descontados del hospital por los servicios cubiertos. La atención benéfica completa está disponible para los pacientes cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores al 100 % de las directrices federales de ingresos de pobreza más recientes.
- B. Atención con descuento:** La atención con descuento es cualquier cargo por atención que se reduce pero no es gratuito, lo que supone una condonación *parcial* de los cargos sin descuento por los servicios cubiertos. El NIHD ofrecerá un descuento del 40 % al 90 % en los servicios que aún no tienen descuento a los pacientes cuyos ingresos familiares se sitúen entre el 101 % y el 400 % de las directrices federales de ingresos familiares más recientes.
- C. Circunstancias especiales, asistencia benéfica y descuentos:** NIHD puede optar por aprobar la ayuda financiera basándose en una revisión justa y honesta de la situación del paciente. Esto incluye tener en cuenta aspectos como los ingresos del paciente, el tamaño de su familia, el coste de la vida en la zona y el importe de sus facturas médicas

. La decisión se toma utilizando métodos razonables y coherentes para evaluar las necesidades económicas. La asistencia benéfica en circunstancias especiales permite a los pacientes sin seguro que no cumplen los criterios de asistencia financiera descritos en las secciones A o B anteriores, o que no pueden seguir los procedimientos hospitalarios especificados, recibir una condonación total o parcial de los gastos no descontados del hospital por los servicios cubiertos, con la aprobación del director financiero (CFO) del NIHD o la persona designada. El hospital debe documentar la decisión, incluyendo los motivos por los que el paciente no cumplía los criterios habituales. A continuación se incluye una lista no exhaustiva de algunas situaciones que pueden dar derecho a la asistencia benéfica en circunstancias especiales:

- a. *Quiebra*: pacientes que se encuentran en quiebra o que han completado recientemente un proceso de quiebra (es decir, la liquidación del deudor);
- b. *Pacientes indigentes*: pacientes sin fuente de pago si no tienen trabajo, dirección postal, residencia o seguro.
- c. *Fallecidos*: pacientes fallecidos sin seguro, patrimonio ni cobertura de terceros.
- d. *Medicare*: los pacientes de Medicare que cumplan los requisitos de ingresos pueden solicitar ayuda financiera para estancias denegadas, días de atención denegados, servicios no cubiertos y copagos de Medicare.
- e. *Medi-Cal*: los pacientes de Medi-Cal que cumplan los requisitos de ingresos pueden solicitar asistencia financiera para estancias denegadas, días de atención denegados, servicios no cubiertos y participación en los costes. Las personas que cumplan los requisitos para programas como Medi-Cal, pero cuya elegibilidad no esté establecida para el periodo durante el cual se prestaron los servicios médicos, pueden solicitar asistencia financiera.

D. Atención benéfica para casos catastróficos: La atención benéfica para casos catastróficos es una condonación parcial de la responsabilidad financiera de un paciente sin seguro que cumple los requisitos para los servicios cubiertos, que se aplica cuando la responsabilidad financiera del paciente sin seguro supera el 30 % de los ingresos familiares. Los pacientes que cumplen los requisitos para la atención benéfica para casos catastróficos recibirán una condonación completa de los gastos sin descuento por los servicios cubiertos que superen el 30 % de los ingresos familiares.

*[Responsabilidad financiera del paciente sin seguro por los cargos sin descuento por los servicios cubiertos] - [Ingresos familiares * 30 %] = Condonación por atención benéfica catastrófica.*

E. Atención benéfica por altos costos médicos (para pacientes asegurados): La atención benéfica por altos costos médicos para pacientes asegurados («Atención benéfica por altos costos médicos») es una condonación completa de los cargos sin descuento del hospital por los servicios cubiertos. La atención benéfica por altos costos médicos no está disponible para los pacientes que ya reciben servicios con descuento (por ejemplo, descuentos por paquetes de servicios cosméticos). Este descuento está disponible para los pacientes asegurados que cumplen los siguientes criterios:

- a. Los ingresos familiares del paciente son inferiores al 400 % de las pautas federales de ingresos familiares de pobreza. El paciente tiene altos costos médicos según se define en esta política.
- b. La aseguradora del paciente no ha proporcionado ningún descuento en la factura del paciente (es decir, el paciente es responsable de pagar los gastos sin descuento).

F. Descuento para pacientes sin seguro: El descuento para pacientes sin seguro es un ajuste del 30 % de los cargos sin descuento del hospital por los servicios cubiertos que se aplica cuando se factura a un paciente sin seguro por los servicios prestados. El descuento para pacientes sin seguro no se aplica a los pacientes que reúnen los requisitos para recibir atención benéfica o que reciben servicios que ya tienen descuento. Los pacientes que son responsables de una factura hospitalaria no cubierta ni descontada por ningún seguro o programa gubernamental, o cuyos beneficios del seguro se han agotado antes de la admisión, tienen derecho a un descuento para pacientes sin seguro si el paciente o el garante del paciente verifican que no tienen conocimiento de ningún derecho a beneficios de seguros o programas gubernamentales que cubran o descuenten la factura. En este caso, el seguro incluye, entre otros, cualquier HMO, PPO, cobertura de indemnización o plan de salud dirigido al consumidor.

G. Plan de pago ampliado: En cualquier caso de atención con descuento, descuentos para pacientes sin seguro o atención benéfica por altos costos médicos, el hospital permitirá el pago del precio con descuento a lo largo del tiempo. El hospital y el paciente elegible pueden negociar los términos del plan de pago y tener en cuenta los ingresos familiares del paciente y los gastos básicos de subsistencia. Supongamos que el hospital y el paciente no se ponen de acuerdo sobre el plan de pago. En ese caso, el hospital debe utilizar la fórmula legal para crear un plan de pago razonable, definido como pagos mensuales que no superen el 10 % de los ingresos mensuales familiares del paciente, excluyendo las deducciones por gastos básicos de subsistencia.

H. Límites de la responsabilidad del paciente: El NIHD limitará los pagos previstos para los pacientes elegibles, cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores al 400 % del nivel federal de pobreza, por los servicios prestados, al importe más alto que el hospital esperaría recibir, de buena fe, de Medicare o Medi-Cal, el que sea mayor. Si el hospital presta un servicio para el que no existe un pago establecido por Medicare o Medi-Cal, el hospital establecerá un pago con descuento adecuado. De conformidad con la sección 501(r)(5) del Código de Rentas Internas, este importe es siempre inferior al importe que se factura generalmente.

PROCEDIMIENTOS:

A. Solicitud de asistencia financiera:

- a. Los pacientes que indiquen que no pueden pagar una factura por un servicio cubierto serán evaluados para recibir asistencia financiera.
- b. El formulario estandarizado de «Solicitud de *asistencia* financiera» del NIHD documentará la situación financiera general de cada paciente. Esta solicitud estará disponible en los idiomas principales del área de servicio del NIHD. Los documentos y la información necesarios para considerar la elegibilidad son las declaraciones de impuestos (preferiblemente) o los recibos de sueldo, o para la atención benéfica completa al 100 %, los recibos de pago por desempleo o discapacidad. La información obtenida como parte de la solicitud de asistencia financiera no se utilizará para actividades de cobro.
- c. Si se recibe una solicitud de asistencia financiera incompleta, el NIHD se pondrá en contacto con el paciente para indicarle qué información falta en la solicitud. Si la información adicional no se recibe en un plazo razonable, el NIHD enviará una carta de denegación al paciente indicando que la solicitud estaba incompleta y que no se ha recibido la información que faltaba.

B. Determinación de la asistencia financiera:

- a. **Proceso de determinación:**
 - i. El NIHD considerará la solicitud de asistencia financiera de cada solicitante y concederá asistencia financiera cuando el paciente cumpla los requisitos de elegibilidad y haya recibido (o vaya a recibir) los servicios cubiertos.
 - ii. La elegibilidad para pagos con descuento o atención benéfica se puede determinar en cualquier momento en que el Distrito reciba la información especificada en la sección A de este procedimiento.
 - iii. Todas las cuentas abiertas se considerarán para la atención benéfica y/o el pago con descuento una vez que se haya aprobado o denegado la solicitud de asistencia financiera.
 - iv. El NIHD no condicionará la aprobación *de la solicitud de asistencia financiera* para atención con descuento a que el paciente solicite la asistencia del programa gubernamental.
 - v. El NIHD exigirá a los pacientes que reciban atención benéfica completa que soliciten la asistencia del programa gubernamental, y la solicitud quedará pendiente hasta que se haya presentado la prueba de la resolución.
 - vi. Muchos solicitantes no saben que pueden tener derecho a recibir asistencia a través de Medi-Cal, el Programa de Servicios Médicos del Condado (CMSP), Víctimas de Delitos, Servicios para Niños de California o Covered California.

- vii. El NIHD puede ayudar a las personas a determinar si tienen derecho a recibir ayuda gubernamental o de otro tipo.
 - viii. Cuando se requiera aprobación administrativa, el hospital considerará la solicitud de servicio de manera oportuna y responderá por escrito.
- b. Pacientes poco cooperativos y pacientes que no cumplen con las normas:**
- i. *Los pacientes poco cooperativos y que no cumplen con los requisitos* se definen como aquellos que no están dispuestos a revelar la información financiera solicitada para determinar si pueden recibir atención médica totalmente gratuita o con descuento durante el proceso de solicitud. En estos casos, la cuenta no se procesará como atención médica gratuita. Se informará al paciente que, a menos que cumpla con los requisitos y proporcione la información, no se considerará más la posibilidad de procesar la atención médica gratuita y se iniciará el seguimiento estándar de las cuentas por cobrar.
- c. Elegibilidad presunta**
- i. El NIHD entiende que algunos pacientes pueden no ser capaces de completar una solicitud de asistencia financiera, cumplir con las solicitudes de documentación o no responder al proceso de solicitud. Como resultado, puede haber circunstancias en las que se establezca la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera sin completar la solicitud formal de asistencia. En estas circunstancias, el NIHD puede utilizar otras fuentes de información para evaluar la necesidad financiera y determinar si la persona es elegible para recibir asistencia financiera. Esta información permitirá al NIHD tomar una decisión informada sobre las necesidades financieras de los pacientes que no responden, utilizando las mejores estimaciones disponibles en ausencia de información proporcionada directamente por el paciente.
 - ii. El NIHD utiliza una herramienta de evaluación financiera automatizada que produce una determinación justa, equilibrada y en tiempo real del potencial caritativo y la propensión a pagar del paciente. El Departamento de Crédito y Facturación del NIHD tendrá acceso a este servicio con información crediticia obtenida de Experian que se utilizará para ayudar a determinar si un paciente es elegible para recibir atención caritativa/asistencia financiera. El Departamento de Crédito y Facturación está autorizado a acceder a la información crediticia del paciente con el único fin de determinar su elegibilidad para recibir atención benéfica/asistencia financiera. Esta información es estrictamente confidencial y solo será utilizada por el Departamento de Crédito y Facturación, el Director de Gestión del Ciclo de Ingresos y el Director Financiero, en conjunción con la política de atención benéfica/asistencia financiera del NIHD, para determinar la elegibilidad.

C. Notificación de la decisión:

- a. **Plazo para determinar la elegibilidad:** Si bien es conveniente determinar el monto de la asistencia financiera a la que tiene derecho un paciente lo más cerca posible del momento en que se presta el servicio, no existe un límite estricto en cuanto al momento en que se toma la decisión. En algunos casos, la elegibilidad es evidente; en otros, se requiere una investigación más profunda para determinarla. En algunos casos, es posible que un paciente con derecho a asistencia financiera no haya sido identificado antes de iniciar la acción de cobro externo. La agencia de cobro externo del NIHD deberá conocer esta política para que sepa que debe remitir al hospital las cuentas de pacientes que puedan tener derecho a asistencia financiera.
- b. **Carta de notificación:** Una vez que se haya tomado una decisión sobre la asistencia benéfica completa, la asistencia con descuento, la asistencia benéfica para casos catastróficos o la asistencia benéfica para casos de altos costos médicos, se enviará una «carta de notificación de asistencia benéfica» a cada solicitante para informarle de la decisión del NIHD.
- c. **Resolución de disputas:** En caso de disputa sobre la aplicación de esta política, el paciente puede solicitar una revisión por parte del hospital notificando al director financiero del NIHD, al responsable de cumplimiento (760) 873-2022 o a la persona designada (760) 873-2097, el motivo de la disputa y la solución deseada. La comunicación por escrito debe enviarse en un plazo de treinta (30) días a partir de

la notificación del paciente sobre las circunstancias que dan lugar a la disputa. El director financiero o la persona designada revisará las inquietudes e informará al paciente de cualquier decisión por escrito.

D. Comunicación de la disponibilidad de asistencia financiera:

- a. **Información proporcionada a los pacientes:** Durante el preingreso o el registro (o tan pronto como sea posible después), el NIHD ofrecerá a los pacientes:
- información sobre la política de atención benéfica y descuentos, incluida una notificación de alta.
 - la solicitud estandarizada de asistencia financiera del NIHD.
 - Todas y cada una de las solicitudes de cobertura a las que el paciente pueda tener derecho, como Medi-Cal, el Programa de Servicios Médicos del Condado, Víctimas de Delitos, Servicios para Niños de California o Covered California.

Si el paciente no puede recibir esta información en el momento del servicio, se le proporcionará durante el proceso de alta. Si el paciente no es ingresado, esta información se le proporcionará cuando abandone el centro. Si el paciente abandona el centro sin recibir esta información, el hospital se la enviará por correo en un plazo de 72 horas tras la prestación de los servicios.

- b. **Carteles y otros avisos:** La información sobre la asistencia financiera también se proporcionará mediante avisos claramente visibles y fácilmente accesibles en lugares visibles para el público, incluyendo, entre otros, el servicio de urgencias, la oficina de facturación, la oficina de admisiones y otros entornos de servicios ambulatorios del hospital. Esta información también estará disponible en <https://www.nih.org/help-paying-my-bill/>.
- c. **Solicitudes proporcionadas al alta:** Si no se han proporcionado previamente, el NIHD proporcionará a los pacientes sin seguro médico las solicitudes para Medi-Cal, el Programa de Servicios Médicos del Condado, los Servicios para Niños de California y/o Covered California.
- d. **Notificación a los pacientes sin seguro médico de la responsabilidad financiera estimada:** Excepto en el caso de los servicios de urgencia, el NIHD está obligado por ley a proporcionar a todos los pacientes sin seguro médico una estimación de buena fe de la responsabilidad financiera por los servicios hospitalarios. Las estimaciones se redactarán y se proporcionarán durante el horario laboral habitual. Las estimaciones proporcionarán al paciente una estimación del importe que el NIHD le exigirá pagar por los servicios de atención médica, los procedimientos y los suministros que se espera razonablemente que le proporcione el hospital, basándose en la duración media de la estancia y los servicios prestados para el diagnóstico del paciente.
- e. **Reembolso del pago en exceso:** El hospital reembolsará al paciente o pacientes cualquier cantidad realmente pagada en exceso del importe adeudado, incluidos los intereses. Los intereses adeudados por el hospital al paciente se devengarán al tipo establecido en la sección 685.010 del Código de Procedimiento Civil (7 % para una entidad del gobierno local) a partir de la fecha en que el hospital reciba el pago del paciente. Sin embargo, el hospital no estará obligado a reembolsar al paciente ni a pagar intereses si el importe adeudado es inferior a cinco dólares (5,00 \$). El hospital reembolsará al paciente en un plazo de 30 días.

E. Otros:

- a. **Política de facturación y cobros:** Una política de facturación y cobros independiente describe las medidas que el NIHD puede tomar en caso de impago.
- b. **Dónde obtener copias:** Esta Política de asistencia financiera, la solicitud de asistencia financiera y la Política de facturación y cobros están disponibles llamando a Servicios Financieros para Pacientes al (760) 873-2097 y solicitando una copia por correo postal o electrónico, o descargándolas en línea en <https://www.nih.org/help-paying-my-bill/>. También hay copias de las políticas y la solicitud disponibles en las áreas de admisiones y en la Oficina de Crédito y Facturación del Distrito Sanitario del Norte de Inyo. Hay traducciones al inglés y al español disponibles en todos los lugares.

- c. **Idiomas:** Todos los avisos y comunicaciones proporcionados estarán disponibles en inglés y en cualquier otro idioma que represente al 5 % de la población atendida, y de manera coherente con todas las leyes y reglamentos federales y estatales aplicables.
- d. **Mantenimiento de registros:** Los registros relacionados con la asistencia financiera deben ser fácilmente accesibles. El NIHD debe mantener información sobre el número de pacientes sin seguro que han recibido el servicio, el número de solicitudes de asistencia financiera completadas, el número de solicitudes aprobadas, el valor estimado en dólares de los beneficios proporcionados, el número de solicitudes denegadas y los motivos de la denegación. Además, las notas relacionadas con cada solicitud de asistencia financiera y su aprobación o denegación deben introducirse en la cuenta del paciente.
- e. **Sin tergiversaciones:** NIHD o sus agentes no tergiversarán esta política a sus pacientes o a los garantes de sus pacientes de ninguna manera.
- f. **Médicos de urgencias:** Los médicos de urgencias, tal y como se definen en el Código de Salud y Seguridad de California §127450, que prestan servicios médicos de urgencia en el NIHD también están obligados por ley a ofrecer descuentos a los pacientes sin seguro o a los pacientes con altos costes médicos que se encuentren en el 400 % o por debajo del nivel federal de pobreza.
- g. **Presentación ante la HCAI:** El NIHD deberá cargar copias de esta Política de asistencia financiera en el Departamento de Acceso e Información sobre la Atención Médica, o «HCAI». La política se presentará de la manera y con la frecuencia prescritas por la HCAI.
- h. **Confidencialidad del paciente:** Toda la información financiera del paciente obtenida con el fin de determinar la atención benéfica, los descuentos para pacientes y la facturación y el cobro debe mantenerse en estricta confidencialidad. La divulgación de dicha información se limita a quienes participan en la evaluación de la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera. La divulgación no autorizada de la información financiera confidencial de un paciente está estrictamente prohibida y está sujeta a medidas disciplinarias que determinará el director financiero.
- i. **Contacto para obtener información y asistencia:** Para obtener información adicional del Departamento de Crédito y Facturación, llame al:
 - Llamando al (760) 873-2097
 - Enviando un correo electrónico a Credit.Billing@nih.org
 - Visite la Oficina de Información sobre Crédito y Facturación del Northern Inyo Hospital, situada en 150 Pioneer Lane, Bishop, CA 93514.
- j. **Servicios adquiribles.** El enlace a nuestra herramienta de estimación de precios para pacientes se encuentra en <https://nih.patientsimple.com/guest/#/index>
- k. **Programa de reclamaciones sobre facturas hospitalarias.** El paciente o su representante autorizado pueden presentar una queja a través del portal de quejas de pacientes en línea del Programa de quejas sobre facturas hospitalarias del Departamento, visitando el sitio web del Departamento en HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov, o por correo postal al Departamento de Acceso e Información sobre Atención Médica, Programa de quejas sobre facturas hospitalarias, ubicado en 2020 West El Camino Avenue, Suite 1101, Sacramento, CA 95833.
- l. **Ayuda para pagar su factura.** Existen organizaciones gratuitas de defensa del consumidor que le ayudarán a comprender el proceso de facturación y pago. Llame a la Alianza de Consumidores de Salud al (888) 804-3536 o visite healthconsumer.org para obtener más información.
- m. **Ayuda en su idioma.** Si necesita ayuda en su idioma, llame al (760) 873-2097, envíe un correo electrónico a Credit.Billing@nih.org o visite la Oficina de Información sobre Crédito y Facturación del Northern Inyo Hospital. La oficina está abierta de 8:30 a. m. a 4 p. m. en 150 Pioneer Lane, Bishop. También hay disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille, letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles. Estos servicios son gratuitos.

- n. **Publicaciones.** Se actualizará anualmente una publicación titulada «Ayuda para pagar su factura» con la elegibilidad para descuentos, el FPL actual y los descuentos, el aviso «Cómo solicitarlo», la declaración obligatoria del «Programa de reclamaciones de facturas hospitalarias», así como una sección titulada «Más ayuda» con información sobre la Health Consumer Alliance e información sobre cómo un paciente con discapacidad puede acceder al aviso en un formato alternativo accesible.

Departamento responsable

La implementación, la formación y la supervisión del cumplimiento de esta política y procedimiento son responsabilidad del departamento de ciclo de ingresos.

Renovación/Revisión

Esta política y este procedimiento se revisarán a intervalos planificados y se evaluarán según sea necesario, pero al menos cada dos años, para determinar si cumplen con las recomendaciones, directrices, mandatos, estatutos, prácticas y operaciones actuales del NIHD. Si se requieren cambios, se actualizarán según sea necesario.

Se proporcionará una copia de la Política de Asistencia Financiera publicada y de todas las Políticas modificadas o revisadas al Departamento de Acceso e Información Sanitaria del Estado de California o «HCAI» (antes conocido como Oficina de Planificación y Desarrollo Sanitario Estatal) de acuerdo con los procedimientos de presentación estatales del HCAI.

REFERENCIA:

1. Código de Salud y Seguridad de California, secciones 127400-127446.
1. CA AB 1020
2. Título 22 del Código de Regulaciones de California (CCR), sección 96040-96051.37 y siguientes).
3. IRC 501-R
4. Proyecto de ley del Senado de California 1061 (SB 1061)
5. Ley de Precios Justos en Hospitales (AB 774)
6. Ley de Prácticas Justas en el Cobro de Deudas (FDCPA)
7. Ley de Informes Crediticios Justos (FCRA)
8. Ley de Prevención de Sorpresas
9. Manual 15 de Medicare CMS: Manual de reembolso a proveedores.

RETENCIÓN Y DESTRUCCIÓN DE REGISTROS:

Conserve todos los archivos contables de los pacientes durante quince (15) años.

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE REFERENCIA CRUZADA:

1. Facturación y cobros
2. Transparencia de precios
3. Procesamiento de reembolsos de saldos acreedores
4. Descuentos por pronto pago
5. InQuiseek - #600 Políticas financieras

ATTENTION: If you need help in your language, please call (760) 873-5811 or visit the Compliance Office. The office is open 8 AM to 4 PM and located at 150 Pioneer Lane in Bishop, CA. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille, large print, audio, and other accessible electronic formats are also available. These services are free.

Arabic

انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، يرجى الاتصال على (760) 873-5811، TTY 711 أو زيارة مكتب الامتثال. المكتب مفتوح من الساعة 8 صباحًا حتى 4 مساءً ويقع في Pioneer Lane 150 في بيشوب، كاليفورنيا. تتوفر أيضًا وسائل مساعدة وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات بطريقة برايل، الطباعة الكبيرة، الصوت، وغيرها من التنسيقات الإلكترونية القابلة للوصول. هذه الخدمات مجانية.

Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ

Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, ինդրում ենք (760) 873-5811 կամ այցելել Compliance Office: Գրասենյակը բաց է 8 AM to 4 PM և գտնվում է 150 Pioneer Lane in Bishop, CA Առկա են նաև օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են բրայլյան փաստաթղթերը, մեծ տառատեսակները, աուդիո և այլ մատչելի էլեկտրոնային ձևաչափերը: Այս ծառայություններն ԱՆՎՃԱՐ են

Cambodian

យកចិត្តទុកដាក់: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាបស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ (760) 873-5811 ឬចូលទៅកាន់ការិយាល័យអនុលោមភាព។ ការិយាល័យបើកពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 4 ល្ងាច ហើយមានទីតាំងនៅ 150 Pioneer Lane ក្នុង Bishop, CA ។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប ការបោះពុម្ពផ្សាយសំឡេង និងទម្រង់អេឡិចត្រូនិកដែលអាចចូលប្រើបានផ្សេងទៀតក៏មានផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

Chinese

注意：如果您需要语言帮助，请致电 (760) 873-5811 或访问合规办公室。合规办公室的办公时间为上午 8 点至下午 4 点，位于加利福尼亚州毕夏普市先锋巷 150 号。我们还为残障人士提供辅助工具和服务，如盲文文件、大字体文件、音频文件和其他无障碍电子格式文件。这些服务都是免费的。

FARSI

توجه: اگر به کمک به زبان خود نیاز دارید، لطفاً با شماره (760) 873-5811، TTY 711 تماس بگیرید یا به دفتر انطباق مراجعه کنید. این دفتر از ساعت ۸ صبح تا ۴ بعدازظهر باز است و در Pioneer Lane ۱۵۰ در بيشاپ، كاليفرنيا واقع شده است. همچنین، کمک‌ها و خدماتی برای افراد دارای معلولیت در دسترس است، مانند اسناد به خط بریل، چاپ بزرگ، فایل‌های صوتی، و سایر قالب‌های الکترونیکی قابل دسترس. این خدمات رایگان هستند.

Hindi

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में मदद की ज़रूरत है, तो कृपया (760) 873-5811 पर कॉल करें या कुंप्लायंस ऑफिस जाएँ। यह ऑफिस सुबह 8 बजे से शाम 4 बजे तक खुला रहता है और बिशप, CA में 150 पायनियर लेन पर स्थित है। विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएँ, जैसे ब्रेल, बड़े प्रिंट, ऑडियो और अन्य सुलभ इलेक्ट्रॉनिक प्रारूपों में दस्तावेज़ भी उपलब्ध हैं। ये सेवाएँ निःशुल्क हैं।

Hmong

CEEB TOOM: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, thov hu rau (760) 873-5811 lossis mus ntsib Chaw Ua Haujlwm Ua Raws Cai. Lub chaw haujlwm qhib thaum 8 teev sawv ntxov txog 4 teev tsaus ntuj thiab nyob ntawm 150 Pioneer Lane hauv Bishop, CA. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv nyob rau hauv daim ntawv Braille, luam ntawv loj, suab, thiab lwm yam khoom siv hluav taws xob siv tau kuj muaj. Cov kev pabcuam no pub dawb.

Japanese

ATTENTION: 日本語でのサポートが必要な場合は、(760) 873-5811 までお電話いただくか、コンプライアンス・オフィスまでお越しください。オフィスの営業時間は午前8時から午後4時までで、場所はカリフォルニア州ビショップの150 Pioneer Laneです。点字、大活字、音声、その他の利用しやすい電子形式の文書など、障害をお持ちの方のための補助およびサービスもご利用いただけます。これらのサービスは無料。

Korean

주의: 해당 언어로 도움이 필요하면 (760) 873-5811로 전화하거나 규정 준수 사무실을 방문하세요. 사무실은 오전 8시부터 오후 4시까지 운영되며 캘리포니아주 비숍의 150 파이오니아 레인에 있습니다. 점자, 큰 활자, 오디오 및 기타 접근 가능한 전자 형식의 문서와 같은 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 이러한 서비스는 무료입니다.

Laotian

ຂໍ້ຄວນລະວັງ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ (760) 873-5811 ຫຼືໂປຣ໌ມຢາມຫ້ອງການປະຕິບັດຕາມ. ຫ້ອງການແມ່ນເປີດ 8 ໂມງເຊົ້າຫາ 4 ໂມງແລງ ແລະຕັ້ງຢູ່ທີ່ 150 Pioneer Lane ໃນ Bishop, CA. ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ, ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່, ສຽງ ແລະຮູບແບບອີເລັກໂທຣນິກອື່ນໆທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.

Punjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ (760) 873-5811 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਪਾਲਣਾ ਦਫ਼ਤਰ 'ਤੇ ਜਾਓ। ਦਫ਼ਤਰ ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 4 ਵਜੇ ਤੱਕ ਖੁੱਲ੍ਹਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਬਿਸ਼ਪ, CA ਵਿੱਚ 150 ਪਾਇਨੀਅਰ ਲੇਨ 'ਤੇ ਸਥਿਤ ਹੈ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ, ਆਡੀਓ, ਅਤੇ ਹੋਰ ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вам нужна помощь на вашем языке, пожалуйста, позвоните по телефону (760) 873-5811 или посетите офис по соблюдению нормативных требований. Офис открыт с 8 утра до 4 вечера и находится по адресу 150 Pioneer Lane в Бишопе, штат Калифорния. Для людей с ограниченными возможностями предоставляются вспомогательные средства и услуги, например, документы, напечатанные шрифтом Брайля, крупным шрифтом, в аудио- и других доступных электронных форматах. Эти услуги бесплатны.

Spanish

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al (760) 873-5811 o visite la Oficina de Cumplimiento. La oficina está abierta de 8 AM a 4 PM y se encuentra en 150 Pioneer Lane en Bishop, CA. También hay disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille, letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles. Estos servicios son gratuitos.

Tagalog

PAUNAWA: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, mangyaring tumawag sa (760) 873-5811 o bisitahin ang Compliance Office. Ang opisina ay bukas 8 AM hanggang 4 PM at matatagpuan sa 150 Pioneer Lane sa Bishop, CA. Mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille, Malaki Available din ang print, audio, at iba pang naa-access na electronic format. Ang mga serbisyong ito ay libre.

Vietnamese

LƯU Ý: Nếu bạn cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi (760) 873-5811 hoặc đến Văn phòng Tuân thủ. Văn phòng mở cửa từ 8 giờ sáng đến 4 giờ chiều và tọa lạc tại 150 Pioneer Lane ở Bishop, CA. Các dịch vụ hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu chữ nổi, chữ in lớn, âm thanh và các định dạng điện tử để tiếp cận khác cũng có sẵn. Các dịch vụ này miễn phí.