



DISTRITO SANITARIO INYO NORTE POLÍTICA NO CLÍNICA

Título: Política de asistencia financiera y de beneficencia		
Propietario: Director of Revenue Cycle		Departamento: Ciclo de ingresos
Alcance: Todo el distrito		
Fecha de la última modificación: 06/09/2025	Fecha de la última revisión: 18/06/2025	Versión: 5
Aprobación final por: Junta Directiva del NIHD		Fecha de aprobación original: 15/02/2017

OBJETIVO:

Garantizar que la capacidad financiera de los pacientes y familias de bajos ingresos, sin seguro o con seguro insuficiente no les impida buscar o recibir atención médica. Northern Inyo Healthcare District (NIHD) proporciona asistencia financiera médicamente necesaria y atención de caridad a todos los pacientes elegibles de conformidad con la orientación de esta política. Esta política de asistencia financiera y atención de caridad 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 la orientación de la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos con respecto a la asistencia financiera a pacientes sin seguro o con seguro insuficiente.

Esta política tiene por objeto:

- Definir las formas de ayuda financiera disponibles y los criterios de elegibilidad asociados;
- Establecer los procesos que deberán seguir los pacientes para solicitar la Ayuda Económica y el proceso que seguirá el hospital para revisar las solicitudes de Ayuda Económica;
- Proporcionar un medio de revisión en caso de litigio sobre la determinación de una ayuda financiera;
- Proporcionar directrices administrativas y contables para ayudar a identificar, clasificar e informar sobre la ayuda financiera;
- Establecer el proceso que NIHD deberá seguir para proporcionar a los pacientes una estimación de la responsabilidad financiera por los servicios; y,
- Definir los descuentos disponibles para los pacientes por servicios de hospitalización y ambulatorios realizados en NIHD.

Esta política no pretende renunciar o alterar ninguna disposición contractual o tarifas negociadas por y entre NIHD y un tercero pagador, ni pretende proporcionar descuentos a un tercero pagador no contratado u otras entidades que sean legalmente responsables de realizar el pago en nombre de un beneficiario, persona cubierta o asegurado.

DEFINICIONES:

Servicios cubiertos: Los Servicios Cubiertos son todos los servicios que se consideran médicamente necesarios. Aquellos servicios que sean "Servicios electivos que requieren aprobación administrativa previa", tal y como se definen a continuación, no son Servicios Cubiertos.

Atención urgente: La Atención de Urgencia es cualquier servicio que se considere potencialmente mortal o que pueda provocar la pérdida de un miembro o una discapacidad si se retrasa la atención. Normalmente, el servicio comienza en el Servicio de Urgencias y el paciente no es dado de alta hasta que se presta la Atención de Urgencia.

Servicios electivos que requieren aprobación administrativa previa: Debido a su naturaleza única, ciertos servicios no urgentes requieren aprobación administrativa antes de su admisión y tratamiento. Normalmente, los pacientes que solicitan servicios complejos, especializados o de alto coste -como procedimientos experimentales, trasplantes o procedimientos estéticos- deben obtener una autorización administrativa antes de recibir atención.

Los pacientes que soliciten estos servicios no tienen derecho a recibir Atención Médica Caritativa Completa, Atención Médica con Descuento, Atención Médica Caritativa Catastrófica o Atención Médica Caritativa de Alto Costo Médico, a menos que la administración del hospital conceda una excepción. Las excepciones sólo se considerarán para los residentes del Condado de Inyo.

Northern Inyo Healthcare District (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 obtenerla, calificará para Atención con Descuento o Atención Caritativa de Alto Costo Médico si es elegible. De lo contrario, recibirán un Descuento para Pacientes No Asegurados.

Paciente no asegurado: Un Paciente Sin Seguro es un paciente que no tiene ninguna fuente de pago para cualquier parte de sus gastos médicos, incluyendo, sin limitación, seguros comerciales o de otro tipo, programas de beneficios de atención médica patrocinados por el gobierno o responsabilidad de terceros, o cuyos beneficios bajo el seguro se han agotado antes de la admisión. Los pacientes sin cobertura pueden ser examinados para determinar su elegibilidad para programas gubernamentales estatales y federales.

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

Familia del paciente: La Familia de un Paciente incluye al paciente y a las personas mayores de 18 años, cónyuge, pareja de hecho, según se define en la Sección 297 del Código Familiar de California, e hijos dependientes menores de 21 años, vivan o no en el hogar. Para las personas menores de 20 años, uno de los progenitores, los familiares a cargo y otros hijos menores de 21 años del progenitor o familiar a cargo. Familiares discapacitados mayores de 18 años.

Ingresos familiares: Los ingresos familiares son los ingresos anuales de la familia de los 12 meses anteriores o del ejercicio fiscal anterior, tal y como se desprende de los últimos talones de pago 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 del año hasta la fecha, teniendo en cuenta las tasas de ingresos actuales.

Gastos médicos elevados: Incluye cualquiera de los siguientes:

- Los gastos de bolsillo anuales en que haya incurrido la persona en el hospital que superen el 10% de los ingresos familiares actuales del paciente o los ingresos familiares de los 12 meses anteriores, el menor de los dos.
- Gastos de bolsillo anuales que superen el 10 por ciento de los ingresos familiares del paciente si éste aporta documentación de los gastos médicos del paciente pagados por él o su familia en los 12 meses anteriores.

- Por gastos de bolsillo se entienden todos los gastos de atención médica que no reembolsa el seguro o un programa de cobertura sanitaria, como los copagos de Medicare o la participación en los gastos de Medi-Cal.

Pautas 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 que utilizan 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 del Nivel Federal de Pobreza (NFP) de 2025

	100 % Atención Médica Gratuita	90 % de descuento	80 % de descuento	70 % de descuento	60 % de descuento	55 % Descuento
Tamaño de la familia (hogar)	Anual 100% FPL	Anual 200% FPL	Anual 250% FPL	Anual 300% FPL	Anual 350% FPL	Anual 400% FPL
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	\$5,380	\$10,760	\$13,450	\$16,140	\$18,830	\$21,520

POLÍTICA:

La asistencia financiera está disponible para los pacientes que reúnan los requisitos necesarios, reciban los servicios cubiertos y sigan los procedimientos aplicables (como cumplimentar las solicitudes y facilitar la información requerida).

Asistencia financiera: El término Asistencia Financiera hace referencia a la Asistencia Benéfica Completa, la Asistencia con Descuento, la Asistencia Benéfica en Circunstancias Especiales, la Asistencia Benéfica Catastrófica, la Asistencia Benéfica de Alto Coste Médico, el Descuento para Pacientes No Asegurados y el Plan de Pago Ampliado.

- A. Atención Médica Caritativa Completa:** La Atención Médica Caritativa Completa es una atención gratuita, que consiste en una condonación *completa* de los cargos no descontados del hospital por los Servicios Cubiertos. La atención caritativa completa está disponible para 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 es reducido pero no gratuito, que es una condonación parcial de cargos no descontados por Servicios Cubiertos. NIHD proporcionará un descuento del 40%-90% en los servicios de que no estén ya descontados a los pacientes cuyos Ingresos Familiares se encuentren entre el 101% y el 400% de las Pautas Federales de Ingresos de Pobreza Familiar más recientes.
- C. Circunstancias especiales Atención caritativa y con descuento:** NIHD puede decidir aprobar ayuda financiera basándose en una revisión justa y honesta de la situación del paciente. Esto incluye considerar aspectos como los ingresos del paciente, el tamaño de la familia, el costo de vida local y el monto de sus facturas médicas. La decisión se toma utilizando métodos razonables y coherentes para evaluar la necesidad económica. La Atención de Beneficencia en Circunstancias Especiales permite que los Pacientes No Asegurados que no cumplen con los criterios de Asistencia Financiera descritos en las secciones A o B anteriores o que no pueden seguir los procedimientos hospitalarios especificados reciban una condonación total o parcial de los cargos no descontados del hospital por los Servicios Cubiertos con la aprobación del Director Financiero ("CFO", por sus siglas en inglés) de NIHD, o la persona designada. El hospital debe documentar la decisión, incluidos los motivos por los que el paciente no cumplía los criterios habituales. La siguiente es una lista no exhaustiva de algunas situaciones que pueden calificar para la Atención de Caridad en Circunstancias Especiales:
- a. *Quiebra:* Pacientes que están en quiebra o que la han completado recientemente (es decir, se ha dado de alta al deudor);
 - b. *Pacientes indigentes:* pacientes sin fuente de pago si no tienen trabajo, dirección postal, residencia o seguro.
 - c. *Fallecidos:* Pacientes fallecidos sin seguro, herencia o cobertura de terceros.
 - d. *Medicare:* Los pacientes de Medicare que reúnan los requisitos de ingresos pueden solicitar asistencia financiera para estancias denegadas, días de atención denegados, servicios no cubiertos y costes compartidos de Medicare;
 - e. *Medi-Cal:* Los pacientes de Medi-Cal que reúnan los requisitos de ingresos pueden solicitar Asistencia Financiera para estancias denegadas, días de atención denegados, servicios no cubiertos y parte del coste. Las personas elegibles para programas como Medi-Cal, pero cuyo estado de elegibilidad no está establecido para el período durante el cual se prestaron los servicios médicos, pueden solicitar Asistencia Financiera.
- D. Atención de Caridad Catastrófica:** La Atención de Caridad Catastrófica es una condonación parcial de la responsabilidad financiera de un Paciente No Asegurado elegible por Servicios Cubiertos aplicada cuando la responsabilidad financiera de un Paciente No Asegurado excede el 30% de sus Ingresos Familiares. Los Pacientes que reúnan los requisitos para recibir Atención Médica Caritativa Catastrófica recibirán una condonación completa de sus cargos no descontados por Servicios Cubiertos que superen el 30% de sus Ingresos Familiares.

*[Responsabilidad financiera del paciente no asegurado por los gastos no descontados de los servicios cubiertos] - [Ingresos familiares * 30%] = Condonación de la asistencia sanitaria catastrófica.*

- E. Atención Médica de Caridad de Alto Coste (para Pacientes Asegurados):** La Asistencia Benéfica de Alto Coste Médico para Pacientes Asegurados ("Asistencia Benéfica de Alto Coste Médico") es una

condonación completa de los cargos no descontados del hospital por los Servicios Cubiertos. La Asistencia Benéfica para Gastos Médicos Elevados no está disponible para pacientes que reciben servicios ya descontados (por ejemplo, descuentos en paquetes de servicios estéticos). Este descuento está disponible para los pacientes asegurados que cumplan los siguientes criterios:

- a. Los ingresos familiares del paciente son inferiores al 400% de las directrices federales de ingresos de pobreza familiar; El paciente tiene costes médicos elevados, tal y como se definen en esta política. y
- b. La aseguradora del paciente no ha concedido un descuento en la factura del paciente (es decir, el paciente es responsable de pagar los gastos no descontados).

F. Descuento para pacientes no asegurados: El Descuento para Pacientes No Asegurados es un ajuste del 30% de los cargos no descontados del hospital por Servicios Cubiertos tomados cuando se factura a un Paciente No Asegurado por los servicios prestados. El Descuento para Pacientes No Asegurados no se aplica a los pacientes que reúnen los requisitos para recibir atención de caridad o que reciben servicios que ya están descontados. Los pacientes que sean responsables de una factura hospitalaria no cubierta o descontada por ningún seguro o programa gubernamental o cuyas prestaciones del seguro se hayan agotado antes del ingreso podrán optar a un Descuento para Pacientes No Asegurados si el paciente o su garante verifican que no tienen derecho a ninguna prestación del seguro o programa gubernamental que cubra o descuenta la factura. En este caso, el seguro incluye pero no se limita a cualquier HMO, PPO, cobertura de indemnización o plan de salud dirigido por el consumidor.

G. Plan de pago ampliado: En cualquier Atención con Descuento, Descuento para Pacientes No Asegurados o Atención Benéfica de Alto Coste Médico, el hospital permitirá pagos del precio con descuento a lo largo del tiempo. El hospital y el paciente elegible pueden negociar los términos del plan de pago y tomar en consideración los ingresos familiares del paciente y los gastos esenciales de subsistencia. Supongamos que el hospital y el paciente no pueden ponerse 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 por ciento de los ingresos mensuales familiares del paciente, excluidas las deducciones por gastos esenciales de subsistencia.

H. Límites de responsabilidad de los pacientes: NIHD limitará los pagos esperados para pacientes elegibles, cuyos Ingresos Familiares estén en o por debajo del 400% del nivel federal de pobreza, por servicios al monto más alto que el hospital esperaría, de buena fe, recibir de Medicare o Medi-Cal, el que sea mayor. Si el hospital presta un servicio para el que no existe un pago establecido por parte de Medicare o Medi-Cal, el hospital establecerá un pago con descuento adecuado. De acuerdo con la Sección 501(r)(5) del Código de Impuestos Internos, esta cantidad es siempre inferior a la cantidad generalmente facturada.

PROCEDIMIENTOS:

A. Solicitud de ayuda financiera:

- a. Un paciente que indique la incapacidad financiera de pagar una factura por un Servicio Cubierto será evaluado para recibir Asistencia Financiera.
- b. El formulario estandarizado de "*Solicitud de Asistencia Financiera*" de NIHD documentará la situación financiera general de cada paciente. Esta solicitud estará disponible en el idioma o idiomas principales del área de servicio de NIHD. Los documentos y la información requeridos para considerar la elegibilidad son Declaraciones de impuestos (preferentemente) o talones de cheques, o para atención de caridad completa al 100%, talones de pago por desempleo/discapacidad. Cualquier información obtenida como parte de la Solicitud de Asistencia Financiera no será utilizada para actividades de cobranza.
- c. Si se recibe una solicitud de ayuda económica pero está incompleta, NIHD se pondrá en contacto con el paciente indicándole lo que falta en la solicitud. Supongamos que la información adicional no se recibe en un plazo razonable. En ese caso, NIHD enviará una carta de denegación al

paciente indicando que la solicitud estaba incompleta y que no se había recibido la información que faltaba.

B. Determinación de la ayuda financiera:

a. Proceso de determinación:

- i. NIHD considerará la Solicitud de Asistencia Financiera de cada solicitante y otorgará asistencia financiera cuando el paciente cumpla con los requisitos de elegibilidad y haya recibido (o recibirá) Servicio(s) Cubierto(s).
- ii. La elegibilidad para recibir pagos con descuento o atención de caridad puede determinarse en cualquier momento en que el Distrito reciba la información especificada en la sección A de este procedimiento.
- iii. Todas las cuentas abiertas se tendrán en cuenta para la Atención Médica Caritativa y/o el pago con descuento una vez que se haya aprobado o denegado la Solicitud de Ayuda Económica.
- iv. NIHD no supeditará la aprobación de *la Solicitud de Asistencia Financiera* para Cuidados con Descuento a que el paciente solicite asistencia de un programa gubernamental.
- v. El NIHD exigirá a los pacientes que reciban Atención Benéfica Completa que soliciten la ayuda del programa gubernamental, y la solicitud quedará pendiente hasta que se haya presentado la prueba de la determinación.
- vi. Muchos solicitantes no son conscientes de que pueden optar a ayudas a través de Medi-Cal, el Programa de Servicios Médicos del Condado (CMSP), Víctimas de Delitos, Servicios Infantiles de California o Covered California.
- vii. El NIHD puede ayudar a las personas a determinar si tienen derecho a alguna ayuda gubernamental o de otro tipo.
- viii. Cuando se requiera una aprobación administrativa, el hospital estudiará la solicitud de servicio en el momento oportuno y responderá a la misma por escrito.

b. Pacientes no cooperativos e incumplidores:

- i. *Los pacientes que no cooperan y los que no cumplen* se definen como aquellos que no están dispuestos a revelar ninguna información financiera tal y como se solicita para la determinación de la atención de caridad o con descuento durante el proceso de solicitud. En estos casos, la cuenta no se procesará como atención caritativa. Se advertirá al paciente que, a menos que cumpla y proporcione la información, no se tendrá más en cuenta para el procesamiento de la atención caritativa y se iniciará el seguimiento estándar de las cuentas por cobrar.

c. Presunta admisibilidad

- i. NIHD entiende que ciertos pacientes pueden ser incapaces de completar una solicitud de Asistencia Financiera, cumplir con las solicitudes de documentación, o de otra manera no responder al proceso de solicitud. Como resultado, puede haber circunstancias bajo las cuales la calificación de un paciente para recibir Asistencia Financiera puede establecerse sin completar la solicitud formal de asistencia. En estas circunstancias, NIHD puede utilizar otras fuentes de información para evaluar la necesidad financiera y determinar si el individuo es elegible para recibir asistencia financiera. Esta información permitirá a NIHD tomar una decisión informada sobre las necesidades financieras de los pacientes que no respondan utilizando las mejores estimaciones disponibles en ausencia de información proporcionada directamente por el paciente.
- ii. NIHD utiliza una herramienta automatizada de selección financiera que produce una determinación justa, equilibrada y en tiempo real del potencial de caridad y la propensión a pagar de un paciente. El Departamento de Crédito y Facturación de NIHD tendrá acceso a este servicio con información crediticia extraída de Experian que se utilizará para ayudar a determinar si un paciente es elegible para recibir atención de

caridad/asistencia financiera. El Departamento de Crédito y Facturación está autorizado a acceder a la información crediticia del paciente con el único fin de determinar la elegibilidad para recibir atención de caridad/asistencia financiera. Esta información es estrictamente confidencial y sólo será utilizada por el Departamento de Crédito y Facturación, el Director de Administración del Ciclo de Ingresos y el Director Financiero junto con la política de atención de caridad/asistencia financiera de NIHD para determinar la elegibilidad.

C. Notificación de determinación:

- a. **Plazo para determinar la elegibilidad:** Aunque es deseable determinar la cuantía de la ayuda económica a la que tiene derecho un paciente lo más cerca posible del momento de la prestación del servicio, no existe un límite rígido en cuanto al momento en que se realiza la determinación. En algunos casos, la elegibilidad es evidente; en otros casos, se requiere una investigación adicional para determinar la elegibilidad. En algunos casos, es posible que no se haya identificado a un paciente elegible para recibir Asistencia Financiera antes de iniciar la acción de cobro externa. La agencia de cobro externa de NIHD deberá conocer esta política para que la agencia sepa que debe remitir al hospital las cuentas de los pacientes que puedan ser elegibles para recibir asistencia financiera.
- b. **Carta de notificación:** Una vez que se haya tomado una determinación de Atención Caritativa Completa, Atención con Descuento, Atención Caritativa Catastrófica o Atención Caritativa de Alto Costo Médico, se enviará una "Carta de Notificación de Atención Caritativa" a cada solicitante informándole de la decisión del NIHD.
- c. **Resolución de disputas:** En caso de disputa sobre la aplicación de esta política, el paciente puede solicitar la revisión del hospital notificando al Director Financiero de NIHD, Oficial de Cumplimiento (760) 873-2022, o a la persona designada al (760) 873-2097, el fundamento de cualquier disputa y la reparación deseada. La comunicación por escrito deberá presentarse dentro de los treinta (30) días de la notificación al paciente de las circunstancias que dan lugar a la disputa. El Director Financiero o la persona designada revisarán las preocupaciones e informarán al paciente de cualquier decisión por escrito.

D. Comunicación de la disponibilidad de ayuda financiera:

- a. **Información proporcionada a los pacientes:** Durante la preadmisión o el registro (o tan pronto como sea posible), NIHD ofrecerá a los pacientes:
 - i. información sobre la política de cuidados caritativos y descuentos, incluida una Notificación de Alta.
 - ii. la solicitud normalizada de ayuda financiera del NIHD.
 - iii. Todas y cada una de las solicitudes de cobertura a las que el paciente pueda optar, como Medi-Cal, Programa de Servicios Médicos del Condado, Víctimas de Delitos, Servicios Infantiles de California o Covered California.

Si el paciente no puede recibir esta información en el momento del servicio, se le facilitará durante el proceso de alta. Si el paciente no está ingresado, esta información se le facilitará 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. **Anuncios y otros avisos:** La información sobre la Asistencia Financiera también se proporcionará mediante avisos expuestos de forma clara y fácil de ver en lugares visibles para el público, incluidos, 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 momento del alta:** Si no se ha proporcionado previamente, NIHD proporcionará a los pacientes no asegurados solicitudes para Medi-Cal, Programa de Servicios Médicos del Condado, Servicios para Niños de California y/o Covered California.
- d. **Notificación a pacientes no asegurados de la responsabilidad financiera estimada:** Excepto en el caso de servicios de emergencia, NIHD está obligado por ley a proporcionar a todos los pacientes no asegurados una estimación de buena fe de la responsabilidad financiera por los servicios hospitalarios. Las estimaciones se harán por escrito y se proporcionarán durante el horario laboral habitual. Las estimaciones deberán proporcionar al paciente una estimación de la cantidad que NIHD requerirá que el paciente pague por los servicios de atención médica, procedimientos y suministros que se espera razonablemente que el hospital proporcione al paciente, basándose en la duración media de la estancia y los servicios prestados para el diagnóstico del paciente.
- e. **Reembolso del exceso de pago:** El hospital reembolsará al paciente o pacientes cualquier cantidad efectivamente pagada en exceso de la cantidad debida, incluidos los intereses. Los intereses adeudados por el hospital al paciente se acumularán 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 por parte del paciente. Sin embargo, un hospital no está obligado a reembolsar al paciente ni a pagar intereses si la cantidad adeudada es inferior a cinco dólares (\$5,00). El hospital deberá reembolsar al paciente en un plazo de 30 días.

E. Otros:

- a. **Política de facturación y cobros:** Una Política de Facturación y Cobros separada describe las acciones que 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 para descargar en línea en <https://www.nih.org/help-paying-my-bill/>. Copias de las políticas y la solicitud también están disponibles en las áreas de Admisiones y la Oficina de Crédito y Facturación de Northern Inyo Healthcare District. En todos los lugares hay traducciones al inglés y al español.
- c. **Idiomas:** Todos los avisos y comunicaciones proporcionados estarán disponibles en inglés y en cualquier otro idioma representativo del 5% de la población de servicio y de una manera coherente con todas las leyes y reglamentos federales y estatales aplicables.
- d. **Mantenimiento de registros:** Los registros relativos a la asistencia financiera deben ser fácilmente accesibles. NIHD debe mantener información sobre la cantidad de pacientes no asegurados que han recibido servicios, la cantidad de solicitudes de asistencia financiera completadas, la cantidad aprobada, el valor estimado en dólares de los beneficios provistos, la cantidad denegada y las razones de la denegación. Además, las notas relativas a cada solicitud de asistencia financiera y a su aprobación o denegación deben introducirse en la cuenta del paciente.
- e. **No tergiversación:** 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:** Un médico de urgencias, tal como se define en el Código de Salud y Seguridad de California §127450, que presta servicios médicos de urgencias en NIHD también está obligado por ley a ofrecer descuentos a pacientes no asegurados o pacientes con costes médicos elevados que se encuentren en o por debajo del 400 por ciento del nivel federal de pobreza.
- g. **Presentación a HCAI:** NIHD deberá cargar copias de esta Política de asistencia financiera al Departamento de Acceso e Información sobre Atención Médica, o "HCAI". La política se presentará en la forma y con la frecuencia prescritas por el HCAI.
- h. **Confidencialidad del paciente:** Toda la información financiera del paciente obtenida con el fin de determinar la atención caritativa, los descuentos para pacientes y la facturación y los cobros

debe mantenerse en estricta confidencialidad. La divulgación de dicha información se limita a las personas que participan en la evaluación de la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera. La divulgación no autorizada de la información financiera confidencial de un paciente está estrictamente prohibida y sujeta a medidas disciplinarias que determinará el Director Financiero.

- i. **Contacto para información y asistencia:** Información adicional del Departamento de Crédito y Facturación por:
 - Llamando al (760) 873-2097
 - Correo electrónico Credit.Billing@nih.org
 - Visitando la Oficina de Información de Crédito y Facturación en Northern Inyo Hospital en 150 Pioneer Lane, Bishop, CA 93514
- j. **Servicios que se pueden comprar.** El enlace a nuestra calculadora de precios para pacientes se encuentra en <https://nih.patientsimple.com/guest/#/index>
- k. **Programa de Quejas 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 de Facturas de Hospitales del Departamento, visitando el sitio web del Departamento en HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov, o por correo al Departamento de Acceso e Información de Atención Médica, Programa de Quejas de Facturas de Hospitales, 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 entender 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 de Crédito y Facturación de Northern Inyo Hospital. La oficina está abierta de 8:30 a.m. - 4 p.m. en 150 Pioneer Lane en Bishop. 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.
- n. **Anuncios.** Se actualizará anualmente un anuncio titulado "Ayuda para pagar su factura" con la elegibilidad para los descuentos, el FPL y los descuentos actuales, el aviso "Cómo solicitarlo", la declaración obligatoria "Programa de reclamaciones de facturas hospitalarias", una sección titulada "Más ayuda" con información sobre la Alianza de Consumidores de Salud, e información sobre cómo un paciente con una discapacidad puede acceder al aviso en un formato alternativo accesible.

Departamento responsable

La aplicación, formación y supervisión del cumplimiento de esta política y procedimiento son responsabilidad de Revenue Cycle.

Renovación/Revisión

Esta política y 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, pautas, 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 sobre la atención sanitaria del Estado de California o "HCAI" (también conocido como la Oficina de planificación y desarrollo sanitario estatal) de acuerdo con los procedimientos de presentación estatales de HCAI.

REFERENCIA:

1. Sección 127400-127446 del Código de Salud y Seguridad de California.
1. CA AB 1020
2. Título 22 del Código de Reglamentos de California (CCR), sección 96040-96051.37 y siguientes).
3. IRC 501-R
4. Proyecto de ley 1061 del Senado de California (SB 1061)
5. Ley de precios justos en los hospitales (AB 774)
6. Ley de Prácticas Justas de Cobro de Deudas (FDCPA)
7. Ley de Información Crediticia Equitativa (FCRA)
8. Ley sin sorpresas
9. Medicare CMS Manual 15: The Provider Reimbursement Manual.

CONSERVACIÓN Y DESTRUCCIÓN DE REGISTROS:

Mantener 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 devoluciones de saldos acreedores
4. Descuentos por pronto pago
5. InQuiseek - #600 Políticas financieras