

## Política de ayuda financiera

### POLÍTICA

El Hospital del Distrito de Lake (LDH) se compromete a brindar ayuda financiera a las personas que necesiten cuidados de salud y no tengan un seguro, tengan un seguro insuficiente o no califiquen para un programa gubernamental, o que, por otros motivos, no puedan pagar los cuidados médicos necesarios sobre la base de su situación financiera individual. El LDH brinda ayuda financiera a las personas con necesidades financieras al dispensar total o parcialmente los cargos por los servicios brindados por el LDH. El LDH brindará, sin discriminación alguna, cuidados para afecciones médicas de emergencia a individuos, sin importar su elegibilidad para acceder a una ayuda financiera o a una ayuda gubernamental.

- Las Políticas de ayuda financiera (FAP): Incluye los criterios de elegibilidad para recibir ayuda financiera.
- Describe las bases para calcular las cantidades cobradas a los pacientes elegibles para recibir ayuda financiera según esta política.
- Describe el método mediante el cual los pacientes pueden solicitar ayuda financiera.
- Describe la forma en que el hospital promoverá la política dentro de la comunidad que atiende el hospital.
- Limita los montos que el hospital puede cobrar por servicios de emergencia y por otros servicios de cuidado médicamente necesario a los individuos elegibles para recibir ayuda financiera al monto que el LDH generalmente recibe por parte de los pacientes con Medicare.

La ayuda financiera no es considerada un sustituto de la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con el proceso del LDH para la obtención de servicios de caridad o de otras formas de asistencia financiera o económica, y que contribuyan con el costo de su cuidado según su capacidad individual para pagar.

Para gestionar su responsabilidad sobre los recursos y para permitir que el LDH brinde el nivel apropiado de ayuda a la mayor cantidad de personas con necesidades, el hospital establece las siguientes pautas para la provisión de ayuda al paciente.

### Definiciones

A los efectos de esta política, los términos enumerados a continuación se definen de la siguiente manera:

**Servicios de caridad y ayuda financiera:** Servicios de cuidado de la salud que fueron o que serán provistos de manera gratuita o con un descuento a los individuos que cumplen con los criterios establecidos.

**Familia:** Según la definición de la Oficina del Censo de los Estados Unidos, un grupo de dos o más personas que viven juntas y que están relacionadas entre sí por nacimiento, matrimonio o adopción. De acuerdo con las reglas del Servicio de Impuestos Internos, si el paciente declara a alguien como dependiente a los efectos de la declaración de impuestos sobre los ingresos, puede ser considerado como dependiente a los efectos de la provisión de ayuda financiera.

**Ingreso familiar:** El ingreso familiar se determina mediante la definición de la Oficina del Censo de los Estados Unidos, que utiliza los siguientes ingresos al establecer el índice de pobreza federal:

- Incluye ganancias, compensación por desempleo, indemnización por accidente de trabajo, Seguridad Social, ingresos suplementarios de seguridad, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios de sobreviviente,

ingresos por pensión o jubilación, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos por herencias, fideicomisos, ayuda educativa, pensión alimenticia, manutención, asistencia externa al hogar y otras fuentes varias.

- Se determina sobre una base previa al impuesto.
- Los beneficios no monetarios (como vales de comida y subsidios de vivienda) **no se incluyen**.
- Las ganancias o pérdidas de capital **no se incluyen**.
- Si la persona vive con una familia, incluye el ingreso de todos los miembros de la familia (no familiares, como compañeros de habitación, **no se incluyen**).

**No asegurado:** El paciente no tiene nivel de seguro ni asistencia de terceros como ayuda para cumplir con sus obligaciones de pago.

**Paciente con seguro insuficiente:** El paciente cuenta con un nivel de seguro o de asistencia de terceros, pero aun así tiene gastos adicionales que exceden su capacidad financiera.

**Cargos en bruto:** Los cargos totales según las tasas establecidas completas de la organización para la provisión de los servicios de cuidado para el paciente antes de que se apliquen las deducciones de impuestos.

**Afecciones médicas de emergencia:** Definidas según el significado de la sección 1867 de la Ley de Seguridad Social (42 U.S.C 1395dd).

**Medicamento necesario:** Según lo define Medicare, los servicios o elementos que sean razonables y necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o una lesión.

## **PROCEDIMIENTOS**

**A. Servicios elegibles según esta política.** A los efectos de esta política, “ayuda financiera” o “de caridad” se refiere a los servicios para el cuidado de la salud provistos por el LDH de manera gratuita o con un descuento a los pacientes que califican para recibirlo. Los siguientes servicios para el cuidado de la salud son elegibles para solicitar ayuda económica: 1. Servicios médicos de emergencia provistos en una sala de emergencia.

1. Servicios para una afección que, si no se trata lo antes posible, podría causar cambios adversos en el estado de salud de un individuo.
2. Servicios no electivos provistos en respuesta a circunstancias de riesgo de vida en una sala que no sea para cuidados de emergencia.
3. Servicios médicamente necesarios, evaluados de manera individual y a discreción del LDH.

**B. Elegibilidad para recibir ayuda financiera.** La elegibilidad para recibir ayuda financiera se considerará para aquellos individuos no asegurados, con seguro insuficiente, no elegibles para ningún programa gubernamental de beneficios para el cuidado de la salud e incapaces de pagar por su cuidado, según la determinación de necesidad financiera de acuerdo con esta política. El otorgamiento de ayuda financiera debe basarse en una determinación individualizada de necesidad financiera y no tiene en cuenta la edad, el género, la raza, el estado social o de inmigrante, la orientación sexual ni la religión. El LDH debe determinar si los pacientes son elegibles o no para recibir ayuda financiera para el pago de deducibles, coseguro y responsabilidades de copago.

**C. Método mediante el cual los pacientes pueden solicitar ayuda financiera**

1. Documentación necesaria para la ayuda financiera del Hospital del Distrito de Lake

Para que se considere completa, una solicitud enviada debe incluir lo siguiente:

- a. Una solicitud de Ayuda financiera completa y firmada.
- b. Verificación de ingresos actuales, si corresponde. Los ejemplos incluyen lo siguiente: los últimos 3 recibos de sueldo, beneficios de pensión y jubilación, beneficios de Seguridad Social, compensación por desempleo, indemnización por accidente de trabajo, beneficios de veterano, etcétera.

Si una persona no posee una fuente de ingresos, se aceptará también una “carta de adversidad” o una “carta de respaldo”. El Hospital del Distrito de Lake puede solicitar otros documentos para verificar la información de la solicitud de ayuda financiera.

2. La necesidad financiera se determinará de acuerdo con los procedimientos que involucran la evaluación individual de la necesidad financiera y, además, a. incluirá un proceso de solicitud, con el que el paciente o el garante del paciente deberá cooperar y para el cual deberá brindar información personal, financiera y de otras índoles, y documentos relevantes para la determinación de necesidad financiera (consulte el adjunto “Solicitud de ayuda financiera”).
  - a. Incluye esfuerzos razonables por parte del LDH para explorar fuentes alternativas apropiadas de pago y cobertura de los programas de pago públicos y privados, y para asistir a los pacientes durante la solicitud de dichos programas.
  - b. Tendrá en cuenta los activos disponibles del paciente y todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente.
  - c. Incluirá una revisión de las cuentas por pagar recibidas por servicios anteriores brindados y el historial de pago del paciente.
3. Para los servicios que no se identifican como una afección médica de emergencia o medicamento necesaria, se prefiere, aunque no es obligación, que se complete una solicitud de ayuda financiera y que se determine una ayuda financiera antes de la prestación de los servicios. Sin embargo, la determinación se puede tomar en cualquier momento, antes o después de recibir cuidados, o durante el tratamiento. La necesidad de ayuda financiera se puede evaluar nuevamente cada vez que se brinde un servicio si la última evaluación financiera se completó más de un año antes de la fecha del servicio o en cualquier momento cuando se conozca información adicional relevante para la elegibilidad del paciente para recibir ayuda.
4. Solicitudes de FAP incompletas: si un individuo envía una solicitud de FAP durante el período de solicitud que esté incompleta, el hospital enviará al individuo un aviso por escrito en el que solicitará información adicional o los documentos solicitados según el formulario de solicitud de FAP o según la FAP antes de completar la solicitud de FAP. Si la solicitud de FAP es luego completada durante el período de solicitud, el individuo será considerado como candidato para la solicitud de FAP durante el período de solicitud.
5. El respeto del LDH por la dignidad humana y la responsabilidad de administración se debe ver reflejada en el proceso de solicitud, en la determinación de necesidad financiera y en el otorgamiento de ayuda financiera. Las solicitudes de ayuda financiera deberán procesarse con prontitud, y el LDH debe notificar al paciente o al solicitante por escrito dentro de los 30 días desde la recepción de la solicitud completa.

**D. Supuesta elegibilidad para recibir ayuda financiera.** Existen instancias en las que un paciente puede parecer elegible para descuentos de ayuda financiera, pero no se puede solicitar ayuda financiera debido a la falta de documentos de soporte. A menudo, el paciente brinda información adecuada a través de otros recursos, que pueden brindar evidencia suficiente para proveer al paciente con ayuda financiera. En caso de que no haya evidencia que soporte la elegibilidad del paciente para recibir ayuda financiera, el LDH puede utilizar agencias externas para estimar el nivel de ingresos y así determinar la elegibilidad para recibir servicios de caridad y potenciales descuentos. Una vez determinado, debido a la naturaleza inherente de las presuntas circunstancias, se otorgará una cancelación del 100% del saldo de la cuenta. La presunta elegibilidad se determina sobre la base de circunstancias de la vida individuales que pueden incluir lo siguiente:

1. Programas de prescripción estatales.
2. Falta de hogar o cuidados recibidos en una clínica ambulatoria.
3. Participación en programas para mujeres, bebés y niños (WIC).
4. Elegibilidad para vales de comida.
5. Elegibilidad para el programa de almuerzos escolares subsidiados.
6. Elegibilidad para otros programas de asistencia locales o estatales sin financiación (por ejemplo, aportes limitados de Medicaid).
7. Hogar subsidiado o de bajos ingresos proporcionado como una dirección válida
8. Paciente fallecido con estado desconocido.

**E. Criterios de elegibilidad y cantidades cobradas a los pacientes.** Los servicios elegibles bajo esta política estarán disponibles para el paciente con tarifas móviles de acuerdo con la necesidad financiera, como lo determina el Nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) que esté en efecto durante el momento de la determinación. Una vez que el LDH determine que el paciente es elegible para recibir ayuda financiera, ese paciente no deberá recibir facturas futuras basadas en cargos brutos sin descuento. La base de los montos que LDH cobra a sus pacientes que califican para ayuda financiera es la siguiente:

1. Los pacientes cuyo ingreso familiar sea igual o menor al 150% del FPL son elegibles para recibir ayuda financiera total.
2. Los pacientes cuyo ingreso familiar sea superior al 150%, pero inferior al 400% del FPL son elegibles para recibir servicios que serán descontados con tarifas móviles. El monto descontado por los servicios no será mayor que los montos generalmente recibidos por el LDH por atender a pacientes de Medicare.
3. Consulte el Apéndice A para acceder al cuadro de FPL.

**F. Comunicación de la política de ayuda financiera a los pacientes dentro de la comunidad.** El LDH debe enviar una notificación sobre la disponibilidad de ayuda financiera en el LDH de diversas maneras, que incluirán, entre otras, la publicación de notificaciones en las cuentas de los pacientes y la publicación de notificaciones en las salas de emergencia, en los departamentos de

admisión y registro, en las oficinas de administración del hospital y en las oficinas de servicios financieros para el paciente localizadas en los campus del LDH, y en otros lugares públicos que el LDH elija. El LDH publicará la FAP, el formulario de solicitud de FAP y el Resumen simplificado de la FAP en el sitio web del LDH. El LDH pondrá a disposición sin costo copias de la FAP, del formulario de solicitud de la FAP y del Resumen simplificado de la FAP en lugares públicos del hospital, y también lo enviará por correo. El LDH comunicará de manera masiva la FAP, el formulario de solicitud de FAP y el Resumen simplificado de la FAP dentro de la comunidad que recibe atención en el hospital, según lo que el LDH elija. La FAP, el formulario de solicitud de FAP y el Resumen simplificado de la FAP deberán estar disponible en los idiomas maternos hablados por la población que recibe cuidados en el LDH. Estos documentos están disponibles en inglés y en español.

Se incluye una copia del Resumen simplificado de la FAP en los paquetes de alta entregados a los pacientes. La información relacionada con la FAP y con la obtención de copias de los materiales de la FAP se incluye en cada cuota de pago.

Cualquier miembro del personal del LDH o del personal médico puede recomendar a pacientes para que reciba ayuda financiera, incluso médicos, enfermeras, consejeros financieros, trabajadores sociales y gerentes de casos. El paciente o un familiar, un amigo cercano o un socio del paciente puede solicitar ayuda financiera, que quedará sujeta a las leyes de privacidad aplicables.

**G. Relación con los pagos del paciente y las políticas de cobro.** La administración del LDH debe mantener políticas y procedimientos relacionados con las prácticas de cobro internas y externas (incluso las acciones que lleve a cabo el hospital en caso de falta de pago) que tengan en cuenta los límites de elegibilidad para recibir ayuda financiera, el esfuerzo de buena fe del paciente para solicitar un programa gubernamental o ayuda financiera del LDH y la buena fe del paciente para cancelar sus cuentas hospitalarias descontadas.

Es responsabilidad del garante brindar una dirección correcta en el momento del servicio o luego de mudarse. Si la dirección de la cuenta no es válida, o, si por alguna razón, no se puede enviar correo al individuo, se tomará la determinación por “esfuerzo razonable”.

El LDH publicará la cuenta del paciente y la política de cobro en el sitio web del LDH. El LDH pondrá a disposición sin cargo las copias de la cuenta del paciente y la política de cobro en lugares públicos del hospital. Se puede solicitar una copia por correo, sin cargo, a Servicios financieros para pacientes al (541) 947-2114, o en persona en: 700 South J Street, Lakeview, OR 97630.

**H. Requisitos regulatorios.** Al implementar esta política, el LDH debe cumplir con todas las leyes, reglas y regulaciones federales, estatales y locales que se apliquen a las actividades realizadas para el cumplimiento de esta política.

## **Listado de participación de proveedores**

Para acceder a una lista de proveedores que participan en el programa de ayuda financiera del Hospital del Distrito de Lake, consulte el **Adjunto 1: Proveedores de FAP del LDH**

Apéndice A  
Niveles federales de pobreza

Federal Income	100%	125%	150%	175%	200%	250%	275%	300%	325%	350%	375%	400%
Nivel de pobreza de ingreso federal 2019	100%	125%	150%	175%	200%	250%	275%	300%	325%	350%	375%	400%
% de descuento	100%	100%	100%	90%	80%	70%	60%	50%	40%	30%	20%	10%
Responsabilidad máxima del paciente más porcentaje descontado	\$0	\$0	\$0	\$500	\$1,000	\$2,000	\$4,000	\$8,000	\$16,000	\$16,000	\$16,000	\$16,000
1	12,490	15,613	18,735	21,858	24,980	31,225	34,348	37,470	40,593	43,715	46,838	49,960
2	16,910	21,138	25,365	29,593	33,820	42,275	46,503	50,730	54,958	59,185	63,413	67,640
3	21,330	26,663	31,995	37,328	42,660	53,325	58,658	63,990	69,323	74,655	79,988	85,320
4	25,750	32,188	38,625	45,063	51,500	64,375	70,813	77,250	83,688	90,125	96,563	103,000
5	30,170	37,713	45,255	52,798	60,340	75,425	82,968	90,510	98,053	105,595	113,138	120,680
6	34,590	43,238	51,885	60,533	69,180	86,475	95,123	103,770	112,418	121,065	129,713	138,360
7	39,010	48,763	58,515	68,268	78,020	97,525	107,278	117,030	126,783	136,535	146,288	156,040
8	43,430	54,288	65,145	76,003	86,860	108,575	119,433	130,290	141,148	152,005	162,863	173,720

