

# DISTRITO HOSPITALARIO DE OAK VALLEY

## Servicios financieros

### **PROPÓSITO**

Distrito Hospitalario de Oak Valley (OVHD) se compromete a proporcionar asistencia financiera a los pacientes del barrio del hospital, que tienen necesidades de atención médica y seguro, bajo asegurado y elegibles para un programa de gobierno y no puede pagar atención médicamente necesaria partiendo de sus situaciones financieras individuales. Coherente con su misión de brindar atención médica de calidad de una manera eficiente y segura, respetuosa, OVHD se esfuerza por asegurar que la capacidad financiera de las personas que necesitan servicios de salud no evitar que busquen o reciban cuidados.

Asistencia financiera no se considera ser un sustituto para la responsabilidad personal, y los pacientes esperan cooperar con OVHDs procedimientos para la obtención de asistencia financiera y contribuir a los gastos de sus cuidados basados en la capacidad individual de pago. Personas con capacidad financiera para adquirir un seguro médico se anima a hacerlo como un medio de garantizar el acceso a servicios de salud.

Esta política confirma compromiso OVHDs para proveer asistencia financiera a pacientes que no pueden pagar parte o la totalidad de la atención que pueden recibir, así como cumplir en todos los aspectos con California Senado proyecto de ley no. SB-1276, capítulo 758.

### **DEFINICIONES**

#### Solicitante

El solicitante es el paciente individual o garante del paciente, según corresponda, que solicita asistencia financiera. Un miembro de la familia, amigo o socio del paciente también puede solicitar que el paciente considere asistencia financiera. Una derivación también puede iniciarse por cualquier miembro de la médica o el personal de la institución, incluyendo médicos, enfermeras, asesores financieros, trabajadores sociales, administradores de casos, capellanes, religiosos patrocinadores, proveedores u otras personas que puede ser consciente de la necesidad potencial de Financiera asistencia.

#### Plazo de solicitud

El más adelante de: (i) 60 días desde el alta del paciente del hospital o de la fecha del paciente del servicio elegible o (ii) 30 días a partir de la fecha de la factura después del alta inicial del servicio elegible.

#### Atención de caridad

El cuidado de caridad es completo ayuda financiera a los pacientes de calificación que alivia al paciente y su garante de su toda obligación financiera para pagar los servicios elegibles. Cuidado de caridad no reduce la cantidad, si alguna, que un tercero puede ser necesario para pagar por los servicios prestados al paciente.

### Cuidado con descuento

Cuidado con descuento es asistencia financiera parcial a clasificación pacientes para aliviar al paciente y su garante de una parte de su obligación financiera para pagar los servicios elegible (según se define a continuación). Cuidado con descuento reduce la cantidad, si alguna, que un tercero puede ser necesario para pagar por los servicios prestados al paciente

### Servicios elegibles

Servicios elegibles incluyen todos atención médica emergencia o no emergencia, médicamente necesario cuidado entregado por Oak Valley Hospital. Servicios elegibles no incluye servicios médicos, tratamientos o procedimientos a menos que la lista de proveedores de la política de asistencia financiera incluye el correspondiente médico o grupo médico y, en su caso, una descripción de los servicios, tratamientos o procedimientos proporcionada por parte del médico o grupo médico específicamente cubiertos por esta política.

### Médico de la emergencia

Un médico de la emergencia es un médico con licencia o un cirujano acreditado por un hospital roble valle y ya sea empleado o contratado (incluyendo a través de un grupo médico contratado) por el hospital para proporcionar atención médica de emergencia en el Departamento de la emergencia de la Hospital. El término "Médico de la emergencia" no incluye a un médico especialista que se llama en el Departamento de emergencia o que es personal o privilegios en el hospital fuera de la sala de emergencias. Un médico de emergencia también es requerido por ley para ofrecer descuentos a pacientes sin seguro o con altos costos médicos que están en o por debajo del 400% de la pobreza federal nivel.

### Gastos esenciales

Esenciales gastos del diario vivir son cualquiera de los siguientes gastos: alquiler o pago de casa y mantenimiento, alimentos y suministros domésticos, utilidades y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguro, escuela o guardería, niño o manutención, gastos de transporte y el automóvil, incluyendo seguro, gas y reparaciones, entrega pagos, servicio de lavandería y limpieza y otros extraordinarios gastos.

### Nivel de pobreza federal (FPL)

El FPL está definido por las directrices de la pobreza que se actualizan periódicamente en el Registro Federal de los Estados Unidos Departamento de salud y servicios humanos bajo autoridad del inciso

(2) de sección 9902 del título 42 del código de Estados Unidos. Pueden hacer referencia a las guías actuales de FPL en <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

### Asistencia financiera

Atención de caridad o descuento cuidado, como se describe en esta política.

### Gastos brutos

Gastos brutos (también contempladas como "pago completo") significa la cantidad indicada en chargemaster cada roble Valley hospital de la instalación de cada servicio elegible.

### Ingresos

Modificado ajustado bruto ingresos (Reyes Magos), tal como se define por el IRS.

### Familia del paciente

La familia de un paciente incluye el paciente y:

- (a) Para personas mayores de 18 años, cónyuge, pareja de hecho, como se define en la sección 297 del código de familia de California y los hijos dependientes menores de 21 años de edad, si viven en casa o no.
- (b) Para personas menores de 18 años de edad, un padre, cuidador familiares y otros niños menores de 21 años de edad de los padres o el tutor relativa.

### Ingreso familiar paciente

Los ingresos anuales obtenidos por la familia del paciente en los 12 meses anteriores a la fecha en que fue proporcionado el servicio Valle del roble.

### Paciente con altos costos médicos

Un paciente que tiene cobertura de salud y que también cumple con uno de los dos criterios siguientes:

- (a) Anual gastos incurridos por la persona en el hospital superan el 10% de ingresos de la familia del paciente (definido a continuación) en los 12 meses anteriores; o
- (b) Gastos médicos anuales superan el 10% de ingresos de la familia del paciente, si el paciente proporciona documentación de gastos médicos del paciente, pagados por el paciente o la familia del paciente en los anteriores 12 meses.

### Plan de pago razonable

Un Plan de pago razonable es un plan de pago ampliado en que los pagos mensuales no son más del 10% de ingresos de la familia de un paciente durante un mes, después de excluir las deducciones por gastos de vida esencial (como definido anteriormente).

### Paciente sin seguro

Un paciente sin seguro es un paciente que no tiene cobertura de una aseguradora de salud, plan de servicios de salud o patrocinados por el gobierno programa de atención médica (*por ejemplo*, Medicare o Medicaid), y cuya lesión no es una lesión resarcible para fines de compensación, seguro automóvil u otros como determinado y documentado por el hospital.

## **PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Un paciente o garante del paciente puede solicitar asistencia financiera en cualquier momento durante el período de aplicación. Si la solicitud es presentada después de que el período de aplicación, Valle del roble puede denegar la solicitud. Sin embargo, Valle roble tendrá en cuenta las razones que no se presentó la solicitud durante el período de aplicación y puede procesar la solicitud si determina que el solicitante actuó razonablemente a pesar de que la solicitud no se presentó oportunamente.

### **Cuidado de la caridad (hasta 200% del FPL)**

Pacientes cuyos ingresos de la familia del paciente está en o por debajo de 200% del FPL son elegibles para recibir un descuento del 100% sobre su saldo de servicios elegibles recibidos por el paciente después del pago, en su caso, por cualquier tercero partes.

En la determinación de elegibilidad para el cuidado de caridad, Valle roble cuenta ingresos de la familia del paciente y puede considerar los activos monetarios de la familia del paciente. Sin embargo, para efectos de esta determinación, activos monetarios no incluirá la jubilación o planes de compensación diferidos calificaron bajo el código de rentas internas o compensación diferida no calificada planes. Además, no se contarán los primer 10 mil de dólares (\$10.000) de los activos monetarios de la familia del paciente en la determinación de elegibilidad, ni el 50% de los activos monetarios de la familia del paciente sobre los primeros \$10.000 serán contado en la determinación de elegibilidad.

### **De descuento para pacientes sin seguro médico y los pacientes con altos costos médicos (menos o igual a 400% de FPL) y pago planes de**

Pacientes sin seguro médico y los pacientes con altos costos médicos que no califican para el cuidado de caridad y que es paciente familia ingresos están en o por debajo del 400% del FPL son elegibles para recibir un descuento para los servicios recibidos por el paciente y un plan de pago extendido. Este descuento limita el pago esperado por servicios elegibles a una cantidad que no más que la cantidad del pago que el hospital en buena fe esperaría recibir de prestación de servicios de Medicare, Medi-Cal u otra salud patrocinado por el gobierno (i) atención programa en que participa el hospital sea mayor y (ii) en todos los eventos, no más que la cantidad facturada generalmente por los elegibles servicios prestados al paciente.

Previa solicitud, se proporcionará a las pacientes que reciben este descuento un pago extendido Plan, que permitirá el pago de los precios en el tiempo. Valle del roble y el paciente deberán negociar los términos de los planes de pago y tomar en consideración el paciente familia ingresos y gastos de vida esenciales. Si el hospital y el paciente no está de acuerdo en el plan de pagos, el hospital aplicará un Plan de pago razonable para permitir el pago del precio con descuento en tiempo.

## **DIRECTRICES**

### **Aviso a pacientes sobre asistencia financiera**

#### **(1) Copia de la lengua llana de papel extracto**

Valle roble notificaremos e informar a los pacientes acerca de la política de asistencia financiera al ofrecer una copia del Resumen del lenguaje de la política de asistencia financiera a los pacientes como parte del proceso de admisión o de descarga.

#### **(2) Aviso de política de ayuda financiera durante la facturación proceso de**

Como parte de los Estados de cuenta después del alta, Valle del roble proporcionará a cada paciente con un aviso escrito visible que contendrá información sobre la disponibilidad de la política de asistencia financiera de roble valle.

#### **(3) Publicado el aviso de asistencia financiera política**

Aviso del programa de asistencia financiera de roble valle también será clara y manifiesta publicado en lugares visibles al público, incluyendo lo siguiente:

- (a) Emergencia Departamento;
- (b) De facturación oficina;
- (c) Ingresos oficina;
- (d) En otras áreas y ajustes razonablemente calculadas para llegar a los miembros que son más propensos a requerir ayuda financiera del hospital instalaciones

#### **(4) Publicación en sitio web y proporcionar copias a solicitud**

Roble Valle pondrá a disposición esta política de asistencia financiera el formulario de solicitud de asistencia financiera y lenguaje sencillo Resumen de la política de asistencia financiera en un sitio web y hará copias en papel de cada uno de ellos disponible bajo petición y sin cargo, tanto por correo como en lugares públicos en las instalaciones del hospital, incluyendo, como mínimo, en el Departamento de la emergencia y admisión áreas.

### **Seguros y elegibilidad para el programa gobierno proceso de selección**

Roble Valle hará esfuerzos razonables para obtener de la paciente o su representante información sobre si la cobertura privada patrocinada por el gobierno o de seguros programa de salud puede cubrir total o parcialmente los cargos por la atención prestada por el Hospital a un paciente, incluyendo pero no limitado a, cualquiera de los siguientes:

Seguro médico privado, incluyendo la cobertura de plan de servicio de salud o de seguros ofrecida a través de un estado o un intercambio de prestaciones de Salud Federal;

Medicare y Medi-cal (Medicaid, según sea el caso), programa de servicios infantiles de California u otros programas financiados por el estado, diseñados para proporcionar cobertura de salud.

Valle roble espera que todos los pacientes sin seguro médico o pacientes con altos costos médicos para cumplir con este proceso de selección de elegibilidad.

### **Proceso de solicitud de asistencia financiera**

1. Si un paciente no indica cobertura por un seguro privado o un programa de salud patrocinado por el gobierno, un paciente pide ayuda económica o un representante de roble Valle determina que el paciente puede ser elegible para asistencia financiera, a continuación, roble Valle también hará el siguientes:

(a) Hacer todos los esfuerzos para explicar los beneficios de Medicaid (Medi-Cal, según corresponda) y otros seguros de salud públicos y privados o programas de patrocinio, incluyendo la cobertura ofrecieron a través del estado o Federal intercambio de prestaciones de salud, a todos pacientes sin seguro médico en el momento de la inscripción. Valle roble pedirá a los pacientes potencialmente elegibles a solicitar este tipo de programas, las aplicaciones y ayudar con su terminación. Las aplicaciones y la asistencia se prestará antes de su descarga para pacientes hospitalizados y en un periodo razonable de tiempo para los pacientes que reciben atención ambulatoria o emergencia cuidado de.

(b) Hace esfuerzos razonables para explicar la política de asistencia financiera de Oak Valley y otros descuentos, incluyendo los requisitos de elegibilidad, a los pacientes que pueden calificar para asistencia financiera, pida éstos potencialmente elegible para aplicar, proporcionan un financiero Aplicación de la asistencia a cualquier persona interesada que puede cumplir los criterios de asistencia financiera en el punto de servicio o durante el proceso de facturación y cobranza y asistencia con la terminación de la uso.

2. Si un paciente es elegible para aplicar para la cobertura bajo un programa de salud patrocinado por el gobierno para los servicios elegibles recibidos por el paciente, el paciente no se otorgará ayuda financiera hasta que el paciente solicita y se le niega cobertura bajo un Programa de salud patrocinado por el gobierno. Solicitud del paciente para la cobertura bajo un programa médico patrocinado por el gobierno será impedir elegibilidad para ayuda financiera de roble valle.

3. Al recibir una solicitud de asistencia financiera completa de un paciente que roble Valle cree que puede ser elegible para programas de salud patrocinados por el gobierno, Valle del roble puede posponer la determinación de si el paciente es elegible para ayuda financiera hasta que el paciente patrocinada por el gobierno aplicación de programa de atención médica ha sido completado y enviado, y se ha hecho una determinación de elegibilidad del paciente para tal programa.

4. Si un paciente no ha completado y ha presentado una solicitud de asistencia financiera dentro del período de aplicación, luego Valle del roble puede participar en más actividades de colección después de 180 días, incluyendo actividades de colección, supeditada al cumplimiento de la disposiciones de facturación y colección roble Valle política.

5. Tema a la elegibilidad de los párrafos 6 y 7, directamente abajo, voluntad Valley Oak preguntar cada solicitante para proporcionar la documentación necesaria y razonable determinar a cada solicitante de asistencia financiera. En caso de que el solicitante es incapaz de proporcionar algunos o todos de estos documentos, Valle roble tendrá en cuenta este fallo en la toma de una determinación de elegibilidad. Bajo circunstancias apropiadas, Valle del roble también podrán renunciar a todos o algunos de los requisitos de documentación. El fundamento de esta exención debe documentarse por escrito.

6. Para efectos de determinar si un paciente es elegible para recibir cuidado de caridad, documentación solicitada del paciente estará limitada a declaraciones de impuestos o, si declaraciones de impuestos no está disponibles, pagarás recibos y documentación razonable de activos, pero sin incluir activos en jubilación o compensación diferida planes calificaron bajo el código de rentas internas o en cualesquier aplazados planes de compensación. Valle del roble pueden requerir exenciones o las versiones del solicitante y la familia del paciente autorizando Valle de roble para obtener información de la cuenta de instituciones financieras o comerciales o otras entidades que sostener o mantienen los activos monetarios para verificar su valor.

7. Para efectos de determinar si un paciente es elegible para recibir un descuento de ayuda financiera, documentación de ingreso estará limitada a declaraciones de impuestos, o si renta impuestos devoluciones no están disponibles, talones. Además, el solicitante deberá presentar la documentación de los gastos de vida esencial en caso de que el solicitante pide un pago extendido plan.

8. Para efectos de determinar si un paciente es elegible para asistencia financiera, además de los ingresos de la familia del paciente, Valle del roble también puede considerar circunstancias financieras adversas después de la fecha de descarga o servicio, como la incapacidad del paciente pérdida de un trabajo, u otras circunstancias que afectan la capacidad del paciente para pagar requisitos servicios.

9. Elegibilidad para ayuda financiera podrá determinarse en cualquier momento después de recibo de la información descrita en esta política de Valle del roble. Sin embargo, Valle del roble tiene la discreción para negar una solicitud de asistencia financiera si no es presentada dentro de la aplicación periodo.

10. Información obtenida en el paciente, la familia del paciente o representante legal del paciente en relación con la determinación de si un paciente cumple con los requisitos de elegibilidad para ayuda financiera como se describe en esta política no se debe utilizar para la colección actividades.

11. Directrices el FPL publicadas en el Registro Federal en el momento que una aplicación de ayuda financiera es procesada por Valle del roble se utilizará la medición de ingresos de la familia del paciente contra el FPL. Las actuales directrices pueden consultarse en <http://aspe.hhs.gov/poverty-directrices>.

## **Proceso de revisión de aplicación de asistencia financiera para pacientes**

1. Si un paciente presenta una completa aplicación de asistencia financiera (inicialmente, o modificando una solicitud incompleta en un plazo razonable de tiempo, como se describe a continuación), Valle del roble suspenderá las actividades de colección (con la excepción de actividades de colección debido a la falta de pago de servicio pasado) hasta Valle roble ha determinado si el paciente es elegible para asistencia financiera para el cuidado y proporciona aviso de esta determinación de elegibilidad por escrito (incluyendo, si procede, la ayuda para que el paciente es elegible) y la base de esta determinación de la paciente.

2. Valle de roble si determina que el paciente es elegible para asistencia financiera bajo la política de asistencia financiera a:

- (a) Proporcionar al paciente a un estado de cuenta indicando el monto neto adeudado como una elegible para asistencia financiera paciente.
- (b) Reembolso cualquier cantidad el paciente ha pagado por la atención que excede el importe neto es personalmente responsable del pago como paciente elegible para asistencia financiera (a menos que esa cantidad es menos de 5 dólares o la cantidad de orientación publicado en la interna Ingresos boletín).

3. Información suministrada en la solicitud de asistencia financiera junto con cualquier otra información que Valle roble ha obtenido durante el proceso de aplicación se utilizará por representantes autorizados de roble valle para evaluar si un paciente es elegible para asistencia financiera bajo roble Valle política.

4. Una decisión se hará con respecto a la elegibilidad para ayuda financiera basada en la información razonablemente disponible al valle del roble, incluyendo la aplicación de asistencia financiera y apoyo

de documentación, así como los criterios de elegibilidad se describe en esta política de asistencia financiera. Esta decisión puede resultar en una atención de caridad o de un descuento del bruto del hospital cargos.

5. El solicitante será notificado por escrito de aprobación del roble valle o denegación de la solicitud de ayuda financiera, como adecuada.

6. Si el solicitante considera una negación de la asistencia financiera se hizo por error, el solicitante puede pedir Valle roble a reconsiderar su decisión y pueden proporcionar información adicional al valle del roble para apoyar su solicitud para tal reconsideración.

7. En caso de litigio, el solicitante también puede solicitar una revisión de la decisión del roble Valle de la Gerente de servicios financieros de paciente de servicio el hospital.

8. Si un paciente presenta una solicitud incompleta de asistencia financiera durante el período de aplicación, Valle roble tendrá las siguientes acciones:

- (a) Proporcionar al paciente con aviso por escrito que describe la información necesaria para completar la solicitud de asistencia financiera, incluyendo información de contacto de la oficina de hospital o facturación que puede proporcionar información sobre la asistencia financiera Política.
- (b) Suspender las actividades de colección hasta que el paciente no ha respondido a las peticiones de información adicional / documentación dentro de 14 días.