
Política de asistencia financiera del Centro Médico Banner Lassen para pacientes hospitalarios**Número 3658, Versión 6, Entrada en vigor: 11/03/2025, Fecha de última revisión: 11/03/2025****Fecha de la próxima revisión: 11/3/2026, Propietario: Becky Peters****Aprobado por:** Administrative Policy Committee, Banner Health - Board of Directors, Chief Financial Officer, PolicyTech Administrators**Unidad/instalación operativa discreta:** Banner Lassen Medical Center

I. Propósito/Población:

- A. Propósito: Esta política de Banner Health ("BH") y el Programa de Asistencia Financiera ("Programa FA") descritos en este documento tienen como objetivo establecer una metodología no discriminatoria y consistente para la provisión de pagos con descuento y atención caritativa en Banner Lassen Medical Center ("BLMC"). Esta política también establece las políticas de facturación y cobro para todos los servicios profesionales facturados a los pacientes de BLMC.
- B. Población: Todos los empleados.

II. Definiciones:

- A. Montos generalmente facturados (AGB): el monto que el Hospital generalmente factura a los pacientes asegurados por un Servicio cubierto, determinado utilizando el "método retrospectivo" según lo establecido en 26 CFR 1.501 (r) - 5 (b) (3). El porcentaje de AGB para el Hospital se puede encontrar en línea en:
<https://www.bannerhealth.com/patients/billing/financial-assistance/amounts-generally-billed-calculation-summary>
- B. Facturación del proveedor de BLMC: cualquier facturación generada por un servicio profesional prestado por un proveedor de BLMC.
- C. Saldo después del seguro (BAI): cualquier monto adeudado por el paciente después de que se hayan finalizado los pagos del seguro (por ejemplo, deducibles, copagos y coseguros). BAI no incluye la parte del costo de los Servicios cubiertos de un paciente de Medicaid (según lo determine el estado como un monto que el paciente debe pagar para que el paciente sea elegible para Medicaid), y BH no está autorizado a brindar asistencia financiera para financiar o renunciar a este monto.
- D. Proveedor de BLMC: un proveedor que es: (1) empleado de Banner Health (o una filial controlada de Banner Health) y brinda servicios profesionales en BLMC; o (2) un proveedor independiente que ha asignado a BH el derecho a recibir un reembolso por los servicios profesionales prestados en BLMC.
- E. Atención caritativa - Servicios cubiertos proporcionados a un paciente por los cuales no se espera que el paciente pague ninguna cantidad.
- F. Servicios cubiertos : servicios médicamente necesarios proporcionados por el hospital o un proveedor de BLMC.
- G. Atención con descuento : servicios cubiertos proporcionados a un paciente por los cuales se espera que el paciente pague un monto con descuento.

- H. Servicios emergentes : los servicios necesarios y apropiados para tratar una afección médica de un paciente que ha resultado de la aparición repentina de una afección de salud con síntomas agudos que, en ausencia de atención médica inmediata, es razonablemente probable que pongan en grave peligro la salud del paciente, provoquen un deterioro grave de las funciones corporales o provoquen una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
- I. Gastos esenciales de vida : gastos del hogar, incluidos los siguientes: alquiler o pago y mantenimiento de la casa; alimentos y suministros para el hogar; servicios públicos y teléfono; ropa; pagos médicos y dentales; seguro; escuela y cuidado de niños; manutención de niños y cónyuge; gastos de transporte y automóvil, incluidos seguros, gasolina y reparaciones; pagos a plazos; lavandería y limpieza; y otros gastos extraordinarios.
- J. Ingreso familiar : el ingreso anual obtenido por la familia del paciente en los 12 meses anteriores a la fecha en que se brindó el servicio de BH.
- K. Nivel federal de pobreza (FPL): el nivel de ingresos anuales para hogares de diferentes tamaños según lo establecido por el gobierno federal.
- L. Programa de Asistencia Financiera (Programa FA): el programa del Hospital que rige la prestación de atención caritativa y atención con descuento.
- M. Cargo bruto : la tarifa de un servicio cubierto que generalmente se cobra a todos los pacientes, independientemente de si un paciente tiene cobertura de seguro de terceros, y se presenta anualmente ante la Oficina de Planificación y Desarrollo de Salud del Estado de California.
- N. Garante : la persona o entidad responsable de pagar las facturas médicas de un paciente, ya sea a través de fondos personales o seguros. El garante puede ser el propio paciente o un padre, tutor u otra parte.
- O. Hospital – Centro Médico Banner Lassen.
- P. Proveedores hospitalarios : médicos y otro personal médico que brindan servicios de atención médica de emergencia u otros servicios de atención médica médicamente necesarios dentro de un hospital, como se enumeran en el Apéndice A por grupo o departamento.
- Q. Medicaid: todos los programas de seguro público del estado y del condado de California que incluyen (pero no se limitan a) Medicaid, Medi-Cal, CICP y FES.
- R. Hogar médicamente indigente : un hogar con gastos médicos incurridos durante los 12 meses anteriores o en cualquier momento después del 01/01/2022, donde la parte de la que es responsable el hogar supera el 50% de los ingresos totales del hogar para ese año. A los efectos de determinar si un hogar es un hogar médicamente indigente, se incluyen todos los gastos médicos, incluidos los gastos médicos que no son de BH.
- S. Médicamente necesario : servicios proporcionados por el hospital o un proveedor de BLMC que cumplan con todos los siguientes criterios:

1. Están obligados a tratar una enfermedad, lesión, afección, dolencia o sus síntomas;
2. Son consistentes con el diagnóstico y tratamiento de las condiciones del paciente;
3. Se proporcionan de acuerdo con los estándares de buenas prácticas médicas;
4. No se proporcionan para la conveniencia del paciente o del médico del paciente; y
5. Constituir el nivel de atención más apropiado para el paciente según lo determinado por la condición médica del paciente y no por la situación financiera o familiar del paciente.

Los servicios prestados por el Hospital para tratar una afección emergente se consideran médicamente necesarios.

- T. Costos de bolsillo : costos de atención médica que no están cubiertos por el seguro o un programa de cobertura de atención médica y deben ser pagados directamente por el paciente o el garante. Estos pueden incluir deducibles, copagos, coseguros, costos compartidos de Medi-Cal y cualquier servicio médico o artículos no cubiertos o incluidos en la póliza de seguro.
- U. Gestión del saldo del paciente (PBM): la unidad operativa de BH responsable de facturar y cobrar las cuentas de pago por cuenta propia de los servicios, incluidos los copagos y los deducibles.
- V. Paciente con Costos Médicos Altos: un paciente cuyos Ingresos Familiares no exceden el 400% del FPL y: (1) los Costos de Bolsillo anuales incurridos por el paciente en el Hospital exceden el 10% de los Ingresos Familiares en el menor de los 12 meses actuales o anteriores; o (2) los gastos médicos de bolsillo anuales de la Familia del Paciente en los 12 meses anteriores, junto con los incurridos por el paciente en el Hospital, superan el 10% de los Ingresos Familiares en los 12 meses anteriores.
- W. Familia del paciente : consta de:
1. Para personas mayores de 18 años, un cónyuge, pareja de hecho, como se define en la Sección 297 del Código de Familia de California, e hijos dependientes menores de 21 años, ya sea que vivan en casa o no.
 2. Para personas menores de 18 años, un padre, parientes cuidadores y otros niños menores de 21 años del padre o pariente cuidador.
- X. Individuo responsable : el paciente y cualquier otra persona que tenga la responsabilidad financiera de una cuenta de pago por cuenta propia. Puede haber más de una persona responsable.
- Y. Tarifa de pago por cuenta propia : el monto cobrado inicialmente a un paciente sin seguro por un servicio cubierto.
1. Tasa de pago por cuenta propia del hospital: 125% del AGB aplicable para un servicio cubierto.

2. Tasa de pago por cuenta propia del proveedor de BLMC: 70% del cargo bruto aplicable por un servicio cubierto.
- Z. Seguro de terceros : una entidad (corporación, plan de salud o fideicomiso de la empresa, compañía del mercado de atención médica, beneficio de pago médico de automóvil, compensación laboral, etc.) que no sea el paciente (o garante) que pagará la totalidad o una parte de las facturas médicas del paciente.
- AA. Paciente con seguro insuficiente : un paciente con cobertura de seguro de terceros, pero con limitaciones financieras o corresponsabilidad, incluidos deducibles, copagos y coseguros.
- BB. Paciente sin seguro : un paciente sin seguro de terceros y que no está inscrito en un programa de seguro del gobierno. A los pacientes sin seguro se les cobra inicialmente la tarifa de pago por cuenta propia por los servicios cubiertos.

III. Política:

- A. No discriminación. BH brinda atención médica de calidad a todos los pacientes, independientemente de su raza, color, religión, sexo, origen nacional, discapacidad, edad, orientación sexual, identidad de género, condición de veterano y/o capacidad de pago.
- B. Alcance.
 1. Servicios hospitalarios médicamente necesarios. Esta Política se aplica solo a los Servicios Cubiertos en el Hospital, sujeto a las exclusiones establecidas a continuación.
 2. Proveedores de hospitales. No todos los proveedores hospitalarios están sujetos a esta Política. El Apéndice A especifica qué Proveedores Hospitalarios, por departamento o grupo, están cubiertos por esta Política y cuáles no.
 3. Instalaciones no hospitalarias. Esta Política no se aplica a las instalaciones de BH no hospitalarias (p. ej., Banner Imaging, centros de atención de urgencia de Banner) ni a los proveedores no hospitalarios (p. ej., ciertos médicos, proveedores de práctica avanzada). La Política de Asistencia Financiera de Consultorios Médicos/Clínicas/Atención Médica en el Hogar de Banner Health (No. 1455) rige dichas instalaciones no hospitalarias y proveedores no hospitalarios de BH.
- C. Programa FA. Esta Política establece un Programa BH FA que, según los ingresos del hogar del paciente y el monto de los gastos médicos, determina la calificación de un paciente para la atención caritativa o la atención con descuento. Se proporcionará asistencia financiera a los pacientes que sean: (1) Pacientes sin seguro o pacientes con seguro insuficiente y que cumplan con las pautas de ingresos del hogar como se describe en esta Política, y / o (2) sean miembros de un hogar médicamente indigente. BH limitará el pago esperado por los Servicios Cubiertos de pacientes iguales o inferiores al 400% del FPL a lo que esperaría, de buena fe, recibir por proporcionar el mismo Servicio Cubierto de Medicare o Medi-Cal, lo que sea mayor.

1. Asistencia financiera basada en los ingresos del hogar. Los pacientes sin seguro y los pacientes con seguro insuficiente calificarán para recibir asistencia financiera en función de los ingresos del hogar si: (1) el ingreso de su hogar es del 400% del FPL o menos; y (2) completan una solicitud de asistencia financiera o se determina que son presuntamente elegibles (consulte la Sección III.D.4 de esta Política). La cantidad de asistencia financiera que BH brinda a los pacientes sin seguro y a los pacientes con seguro insuficiente aprobados se determina de acuerdo con las siguientes tablas:

Cargos hospitalarios

Ingresos del hogar	Descuento aplicado - Sin seguro	Descuento aplicado - Con seguro insuficiente
< 200% del FPL	100% de descuento en AGB	100% de descuento en BAI
200% - 300% FPL	75% de descuento en AGB	75% de descuento en BAI
> 300% - 400% FPL	50% de descuento en AGB	50% de descuento en BAI

Cargos de facturación del proveedor de BLMC

Ingresos del hogar	Descuento aplicado - Sin seguro	Descuento aplicado - Con seguro insuficiente
< 200% del FPL	100% de descuento en AGB	100% de descuento en BAI
200% - 300% FPL	75% de descuento en AGB	75% de descuento en BAI
> 300% - 400% FPL	50% de descuento en AGB	50% de descuento en BAI

2. Asistencia financiera basada en el estado de hogar médicamente indigente. Los pacientes sin seguro y los pacientes con seguro insuficiente pueden calificar para recibir asistencia financiera según el estado de hogar médicamente indigente si: (1) el paciente es miembro de un hogar médicamente indigente, y (2) el paciente presenta una solicitud completa para dicha asistencia financiera.
 - a. Pacientes sin seguro y pacientes con seguro insuficiente con ingresos familiares del 400% del FPL o menos. Los pacientes sin seguro y los pacientes con seguro insuficiente que reciben asistencia financiera basada en los ingresos del hogar de conformidad con la Sección III.C.1 de esta Política también pueden calificar para recibir asistencia financiera basada en el estado de hogar médicamente indigente si, *después de la aplicación del descuento de acuerdo con la Sección III.C.1*, el hogar aún cumple con la definición de hogar médicamente indigente. Si se aprueba, BH proporcionará a dichos pacientes un descuento del 75% del saldo restante del paciente.

- b. Pacientes sin seguro con ingresos familiares superiores al 400% del FPL. A los pacientes sin seguro con un ingreso familiar superior al 400% del FPL se les cobrará inicialmente la tarifa de pago por cuenta propia por los servicios cubiertos. BH proporcionará a los pacientes sin seguro que califiquen como miembros de un hogar médicamente indigente un descuento del 75% sobre la tarifa de pago por cuenta propia aplicable para los servicios cubiertos.
 - c. Pacientes con seguro insuficiente con ingresos familiares superiores al 400% del FPL. BH proporcionará a los pacientes con seguro insuficiente que estén aprobados para recibir asistencia financiera por ser miembros de un hogar médicamente indigente un descuento del 75% en el BAI del paciente.
- 3. Descuentos para médicos de emergencia. Los médicos de emergencia, según se define en la Sección 127450 del Código de Salud y Seguridad de California, que brindan servicios médicos de emergencia en un hospital que brinda atención de emergencia también están obligados por ley a proporcionar descuentos a pacientes sin seguro o pacientes con altos costos médicos que son iguales o inferiores al 400% del FPL. Para cumplir con este requisito y mantener la coherencia en todo BH, los médicos proveedores de BLMC que brindan servicios de emergencia en el hospital ofrecerán descuentos a los pacientes con altos costos médicos y a los pacientes sin seguro que estén en o por debajo del 400% del FPL de acuerdo con las Secciones III.C.1 y III.C.2 de esta Política. Esta declaración no se interpretará como una imposición de responsabilidades adicionales al Hospital.
- 4. Cargo máximo para pacientes que califiquen. A los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que califican para recibir asistencia financiera bajo esta póliza no se les puede cobrar más que lo que sea menor de: (1) lo que se esperaría recibir, de buena fe, por proporcionar el mismo servicio cubierto de Medicare o Medi-Cal; o (2) AGB para Servicios cubiertos. En el caso de que la aplicación de las tablas de la Sección III.C.1 a los Servicios Cubiertos produzca un resultado que exceda el monto esperado para el mismo Servicio Cubierto de Medicare, Medi-Cal o AGB, el cargo por dichos Servicios Cubiertos se reducirá al menor de los montos esperados para los mismos Servicios Cubiertos de Medicare, Medi-Cal o AGB.
- 5. Cobertura de seguro. BH hará todos los esfuerzos razonables para obtener información de cada paciente sobre si el seguro de terceros o Medicaid puede cubrir la totalidad o una parte de los cargos por la atención recibida en BLMC. El Hospital tendrá solicitudes para programas de Medicaid disponibles para pacientes que puedan ser elegibles para dichos programas.
- 6. Documentación de alta. Antes del alta de BLMC, todos los pacientes que no hayan indicado que tienen cobertura de terceros pagadores o que soliciten un precio con descuento o atención caritativa recibirán: (1) el Resumen en lenguaje sencillo; (2) un formulario de solicitud de asistencia financiera bajo el FAP; y (3) solicitud de Medi-Cal, el Programa Healthy Families y cualquier otro programa de cobertura de salud financiado por el estado o el condado potencialmente disponible.
- 7. Solicitar asistencia financiera. A menos que se determine que es presuntamente elegible para recibir asistencia financiera según lo dispuesto en la Sección III.D.4 a continuación, los pacientes deben solicitar asistencia financiera. Los pacientes pueden obtener una solicitud de asistencia financiera en persona en el Hospital o descargándola del sitio web de BH. Los pacientes también pueden solicitar que se

les envíe una solicitud por correo llamando al 1-888-264-2127. Todas las solicitudes de asistencia financiera deben entregarse físicamente al Hospital, enviarse por correo a la dirección proporcionada en el formulario de solicitud o enviarse según las instrucciones contenidas en el sitio web de BH.

8. Verificación de ingresos/capacidad de pago
 - a. Los ingresos del paciente se verificarán utilizando UNO de los siguientes elementos, que debe ser proporcionado por el paciente:
 - i. Declaraciones de impuestos sobre la renta para el año en que se facturó al paciente por primera vez o 12 meses antes de que el Hospital le facturó por primera vez al paciente; o
 - ii. 3 talones de pago más recientes, si ocurrieron dentro de un período de 6 meses antes o después de que el Hospital facturara al paciente por primera vez.
9. Notificación de determinación de elegibilidad. Una vez que se determina la elegibilidad para el Programa FA, ya sea que el paciente se considere elegible para recibir asistencia financiera o no para recibir asistencia financiera, BH enviará una notificación por escrito de su determinación a la última dirección conocida del paciente. En caso de una disputa, un paciente puede solicitar una revisión de un gerente comercial a cargo de las revisiones de determinación de elegibilidad en la unidad operativa de Servicios Financieros para Pacientes.
10. Aplicación de descuentos de asistencia financiera.
 - a. A los pacientes que califiquen para recibir asistencia financiera se les aplicará el descuento aplicable a todos los Servicios cubiertos recibidos por el paciente, a pesar de una demora en la recepción de BH de la solicitud de asistencia financiera del paciente.
 - b. A los pacientes que soliciten y sean aprobados para recibir asistencia financiera, pero que ya hayan pagado al menos \$5 más que el precio con descuento por el Servicio Cubierto, se les reembolsará el monto del pago en exceso más los intereses según lo especificado por el Código de Salud y Seguridad de California § 127440(a).
11. Planes de pago razonables.
 - a. Si un paciente tiene un saldo restante después de que se hayan aplicado todos los descuentos de asistencia financiera, el paciente y BH negociarán los términos de un plan de pago teniendo en cuenta los ingresos familiares del paciente y los gastos de manutención esenciales. Si el Paciente y BH no pueden ponerse de acuerdo sobre un plan de pago, BH pondrá a disposición del paciente planes de pago razonables. Los pagos mensuales bajo dichos planes de pago razonables no serán más del 10% del ingreso familiar mensual restante del paciente después de restar los gastos de vida esenciales mensuales.
 - b. Según corresponda, el Hospital obtendrá acuerdos por escrito de afiliados, subsidiarias y/o agencias de cobranza externas de que cumplirán con la definición y aplicación del Hospital de un plan de pago razonable.

- D. Facturación y cobranzas. BH, bajo la autoridad de la unidad operativa de Servicios Financieros para Pacientes de BH, puede emprender todas y cada una de las acciones legales, incluidas las Acciones de Cobros Extraordinarios ("ECA"), para obtener el pago de los servicios prestados cuando el pago no se haya realizado a partir de los 180 días posteriores a la fecha del primer estado de cuenta de esos servicios (el "Período de Notificación"). Las ECA incluyen, entre otras, la presentación de una queja legal. BH no utilizará informes crediticios adversos del consumidor, embargos de salarios o gravámenes sobre cualquier propiedad inmueble propiedad del paciente como medio de cobro en cualquier cuenta del paciente.
1. Depósitos. El Hospital puede requerir un depósito de un Paciente sin seguro antes de brindar cualquier servicio, excepto que no se requerirá ningún depósito antes de brindar servicios de emergencia. Todos los pacientes sin seguro deben ser notificados de la disponibilidad de asistencia financiera y se les debe proporcionar un formulario de solicitud si lo solicitan.
 2. Cuenta de paciente único. Cuando un paciente tiene más de una factura pendiente, BH puede agregar las facturas pendientes en un solo estado de cuenta. Sin embargo, no se iniciará ningún ECA para ningún servicio hasta el final del Período de notificación para ese servicio en particular.
 3. Notificación de factura pendiente. Durante el Período de Notificación, BH enviará por correo los estados de cuenta a los pacientes (y Garantes, si corresponde) a la última dirección conocida. Un estado de cuenta incluirá:
 - a. Un resumen de los servicios cubiertos por la declaración;
 - b. Los cargos reales por cada servicio (incluidos los montos cobrados a un proveedor de seguros de terceros), con detalles detallados de los cargos hospitalarios proporcionados a pedido;
 - c. El monto que debe pagar el paciente (o garante) por cada servicio;
 - d. Un aviso por escrito informando al beneficiario de la disponibilidad de asistencia financiera bajo el Programa FA, acompañado de un resumen en lenguaje sencillo del Programa FA e información sobre cómo solicitar asistencia financiera (el "Documento de resumen en lenguaje sencillo");
 - e. Una solicitud para que el beneficiario informe a BH si el paciente tiene cobertura de seguro de terceros, Medicare, Medicaid, Programa Healthy Families, Medi-Cal u otra cobertura;
 - f. Un aviso por escrito informando al beneficiario de los programas de Medicare y Medicaid e información sobre cómo solicitar dichos programas, la cobertura ofrecida a través del Intercambio de Beneficios de Salud de California y otra cobertura de salud potencialmente disponible financiada por el estado o el condado;
 - g. Una declaración de que si el paciente no tiene seguro o tiene un seguro inadecuado, el paciente puede calificar para un pago con descuento o atención caritativa bajo un FAP;
 - h. Una declaración de que, si el paciente no tiene cobertura de seguro médico, el paciente puede ser elegible para Medicare, el Programa Healthy Families, Medi-Cal, la cobertura ofrecida a través del Intercambio de Beneficios de Salud de California, el programa de Servicios para Niños de California, otra cobertura de salud financiada por el estado o el condado, o bajo un FAP;

- i. El nombre y el número de teléfono de la oficina de BH en la que el paciente puede obtener información sobre el pago de descuento de BH y las políticas de atención caritativa, y cómo solicitar esa asistencia; y
 - j. El nombre y la dirección de un centro local de asistencia al consumidor en una oficina de servicios legales. BH también puede intentar comunicarse con los pacientes y/o garantes por teléfono o enviar correos electrónicos y mensajes de texto notificándoles su saldo pendiente y brindándoles la oportunidad de revisar los estados de cuenta digitalmente.
4. Presunta elegibilidad para asistencia financiera. Antes de iniciar cualquier ECA, BH, ya sea directamente o a través de un proveedor externo, determinará si el paciente/garante es presuntamente elegible para recibir asistencia financiera en función de los ingresos del hogar. Dicha determinación se hará de acuerdo con el Procedimiento de Presunta Elegibilidad para Asistencia Financiera Mejorada para Pacientes No Asegurados. Si se determina que un paciente/Garante es presuntamente elegible para recibir asistencia financiera en función de los ingresos del hogar, el paciente/Garante no está obligado a completar una solicitud y los descuentos de la Sección III.C.1 se aplicarán automáticamente a la cuenta de acuerdo con la Sección III.C.10 de esta Política. Sin embargo, si el paciente/Garante ya ha pagado alguno de los Servicios Cubiertos para los cuales se aplicaría el descuento, el paciente/Garante debe solicitar y ser aprobado para el Programa FA para que el descuento se aplique a esos Servicios Cubiertos.
5. Esfuerzos finales de recolección antes de ECA. BH no iniciará una ECA a menos que un paciente (1) no sea elegible para recibir asistencia financiera; o (2) no responde a ningún intento de facturar u ofrecer asistencia financiera por un período de 180 días. Antes de iniciar cualquier ECA, BH enviará una factura a la última dirección conocida del paciente (y/o del Garante) que informa al destinatario de las ECA específicas que BH tiene la intención de tomar si, para el último día del Período de Notificación, el paciente/Garante no: (1) solicita asistencia financiera bajo el Programa FA; (2) pagar el monto total adeudado; o (3) establecer un acuerdo de pago con BH. Este estado de cuenta incluirá el Documento de resumen en lenguaje sencillo y se enviará al menos 30 días antes del final del Período de notificación. BH también debe hacer un esfuerzo razonable para notificar oralmente al paciente sobre el Programa FA y cómo el paciente puede obtener asistencia con el proceso de solicitud del Programa FA.
- a. Si el paciente/garante presenta una solicitud completa de asistencia financiera bajo el Programa FA, BH no iniciará ninguna ECA mientras la solicitud esté pendiente.
 - b. Si el paciente/garante presenta una solicitud incompleta de asistencia financiera bajo el Programa FA, BH le dará al paciente/garante al menos 180 días para que el paciente responda a cualquier intento de facturar u ofrecer asistencia financiera.
 - c. Si el paciente/garante proporciona una solicitud completa de asistencia financiera bajo el Programa FA después de que se haya iniciado una ECA, dicha ECA se suspenderá hasta que BH haya tomado una determinación final con respecto a la elegibilidad del paciente/garante para el Programa FA.
 - d. Si el paciente/garante establece un acuerdo de pago con BH, BH puede iniciar un ECA después de tres pagos atrasados consecutivos durante un período de 90 días y siempre que BH o su designado (que puede ser una agencia de cobranza)

haya hecho un intento razonable de comunicarse con la persona responsable por teléfono y haya notificado por escrito (en cada caso al último número de teléfono y dirección conocidos de la persona responsable) que el pago el acuerdo puede ser inoperante y que la Persona Responsable tiene la oportunidad de renegociar el acuerdo de pago. Si la Persona Responsable así lo solicita, BH (o su designado) intentará renegociar el acuerdo de pago.

6. Esfuerzos de cobro de terceros. Si BH refiere o vende una deuda de paciente a otra parte, el acuerdo escrito debe obligar a dicho tercero a cumplir con las disposiciones pertinentes de la Sección III.D de esta Política, así como con todas las disposiciones aplicables de la Ley de Políticas de Precios Justos del Hospital, la Sección 127400-127446 del Código de Salud y Seguridad de California, y aplicable a las agencias de cobranza y al Proyecto de Ley del Senado de California No. 1061 (2023-2024 Reg. Sess.). El acuerdo también obligará a dicho tercero a exigir las mismas disposiciones si dicho tercero refiere o vende la deuda a otra parte. Abstenerse de usar un embargo de salario para cobrar una cuenta de pago por cuenta propia, excepto por orden del tribunal previa moción notificada, respaldada por una declaración presentada por el solicitante que identifique la base por la cual cree que la Persona Responsable tiene la capacidad de realizar pagos sobre el fallo bajo el embargo de salario. BH también enviará una carta indicando la intención de transferir la deuda del paciente a una agencia de cobranza a la última dirección conocida de cada Individuo Responsable antes de la transferencia de la deuda del paciente o el inicio de cualquier ECA.
7. Venta, ejecución hipotecaria u otra acción de cumplimiento. BH no notificará ni llevará a cabo una venta, ejecución hipotecaria u otra acción de ejecución contra los bienes inmuebles de la Persona Responsable para recuperar la deuda hospitalaria impaga.

E. Cancelaciones y ajustes.

1. Elegibilidad. Independientemente de si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera bajo el Programa FA, BH proporcionará a los pacientes sin seguro un descuento del 100% en un servicio cubierto y renunciará al BAI para cualquier paciente con seguro insuficiente si:
 - a. El paciente se inscribe en Medicaid dentro de los 12 meses *posteriores* a la prestación del Servicio Cubierto; o
 - b. El paciente se inscribe en Medicaid en el momento en que se proporciona el Servicio Cubierto, pero los fondos de Medicaid no están disponibles para pagar el Servicio Cubierto o Medicaid niega la cobertura del Servicio Cubierto.
2. Autoridad de aprobación para cancelaciones. Todas las cancelaciones y ajustes deben aprobarse de acuerdo con lo siguiente:
 - a. Cancelaciones/ajustes de hasta \$5,000: Debe ser aprobado por el Gerente de PBM.
 - b. Cancelaciones/ajustes de \$5,000 o más: Debe ser aprobado por el Director de PBM. El Director de PBM puede delegar esta autoridad al Director Financiero del Hospital.

- F. Reserva del derecho a solicitar el reembolso de los cargos de terceros. Si se considera que un tercero es legalmente responsable de cualquier parte de la factura de BH de un paciente, BH buscará el reembolso total de dicho tercero de todos los cargos incurridos por el paciente a la tarifa contractual o gubernamental aplicable o, si no existe una tarifa contractual o gubernamental aplicable, la tarifa de pago por cuenta propia aplicable, independientemente de si se proporcionó asistencia financiera al paciente en virtud del Programa FA.
- G. Servicios fuera de la red y denegados. A los pacientes fuera de la red y a los pacientes cuyas reclamaciones hayan sido denegadas por su compañía de seguros privada se les cobrará inicialmente la tarifa de pago por cuenta propia aplicable para todos los servicios cubiertos.
- H. Servicios de emergencia. BH proporciona exámenes de detección médica y atención médica de emergencia para estabilizar a los pacientes independientemente de su capacidad de pago y de conformidad con la Ley Federal de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo, codificada en 42 U.S.C. § 1395dd, y sus reglamentos de implementación, codificados en 42 C.F.R. Sección 489.24. BH prohíbe cualquier acción que disuada a las personas de buscar atención médica de emergencia, como exigir que los pacientes paguen antes de recibir atención por condiciones emergentes o permitir actividades de cobro de deudas que interfieran con la evaluación del Hospital y la provisión, sin discriminación, de dicha atención.

IV. Procedimiento/Intervenciones:

- A. N/A

V. Documentación procesal:

- A. N/A

VI. Información adicional:

- A. N/A

VII. Referencias:

- A. Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, Sección 9007
- B. Código de Rentas Internas, Sección 501(r)
- C. Código de Salud y Seguridad de California, Sección 127400 y siguientes
- D. California Welf. Sección 14124.74 del Código de Instituciones
- E. 29 C.F.R. §1.501(r)-1 a §1.501(r)-7
- F. Aviso 2015-46, Boletín de Rentas Internas 2015-28 (13 de julio de 2015)
- G. 79 Registro de la Fed 78954-79016

VIII. Otras políticas/procedimientos relacionados:

- A. Política de asistencia financiera de Banner Health para pacientes hospitalizados (#770)
- B. Política de asistencia financiera de instalaciones no hospitalarias de Banner Health (#1455)

IX. Palabras clave y frases de palabras clave:

- A. Programa de Asistencia Financiera

- B. Programa de asistencia al paciente
- C. Pacientes sin seguro
- D. Facturación
- E. Colecciones
- F. Atención caritativa
- G. Descuento por pago por cuenta propia

X. Apéndice:

- A. Lista de proveedores hospitalarios

APÉNDICE A

Lista de proveedores hospitalarios

La siguiente lista contiene proveedores hospitalarios, por departamento o grupo, que brindan servicios de atención médica médicamente necesarios dentro de los hospitales BH y cuáles de esos proveedores hospitalarios están cubiertos por esta Política.

Departamentos/Grupos Cubiertos
Banner Medical Group – Hospitalistas
Banner Medical Group – Intensivistas
Banner Medical Group – Especialistas ²
Banner Medical Group – Telemedicina

Departamentos/grupos no cubiertos
Empleados no Banner ¹ – Hospitalistas
No empleado de banner ¹ – Intensivistas
Empleado sin banner ¹ – Especialistas ²
No empleado por banner ¹ - Anestesiólogos
Empleado no Banner ¹ – Telemedicina

Este Apéndice se revisará trimestralmente y se actualizará, si es necesario. Las revisiones de la Lista de Proveedores Hospitalarios contenidas en este Apéndice no requieren la aprobación de la Junta Directiva de BH.

¹ Los Proveedores que no son de Banner que contratan a Banner para proporcionar Servicios de Facturación son tratados como entidades cubiertas.

² Los especialistas incluyen, entre otros: sala de emergencias, cirujanos, radiólogos, proveedores de trabajo de parto y parto y traumatología.