


| | | | |
|---|---|-----------------------|-------------|
|  Shasta Regional Medical Center | | Página(s): | 16 |
| | | Guardado como: | |
| Asunto: | Asistencia financiera para pacientes | Formulado: | 2/24 |
| Manual: | Servicios Financieros para Pacientes para Hospitales con Fines de Lucro | Revisado: | 3/24 |
| Aprobación del Comité Ejecutivo Médico | | Fecha: | 3/24 |
| Aprobación de la Junta de Gobierno | | Fecha: | 3/24 |
| | | Revisado: | |

I. Política:

Cada hospital propiedad de Prime Healthcare Services, Inc. (cada uno, un "Hospital"), ofrece un programa de asistencia financiera para aquellos pacientes que cumplen con las pruebas de elegibilidad descritas en esta política. Prime Healthcare ofrece atención caritativa y descuentos por pago por cuenta propia que cumplen con los requisitos de la ley estatal. La intención de esta Política de Asistencia Financiera (la "Política") es cumplir con las leyes y regulaciones federales y estatales aplicables; Todas las disposiciones deben interpretarse en consecuencia.


Un objetivo importante de las instalaciones de Prime Healthcare es brindar atención a los pacientes en momentos de necesidad. Los centros de Prime Healthcare brindan atención caritativa y un programa de pago con descuento como beneficio para las comunidades a las que servimos. Con este fin, los centros de Prime Healthcare se comprometen a ayudar a los pacientes elegibles de bajos ingresos y/o sin seguro con el pago de descuentos adecuados y los programas de atención caritativa. Todos los pacientes serán tratados de manera justa, con compasión y respeto. Acompañan a esta Política los siguientes documentos, a los que se hace referencia a lo largo de esta Política:

- Resumen de la Asistencia Financiera.
- Programa de Atención Caritativa.
- Programa de Pago de Descuento de Asistencia Financiera.
- Aviso que debe incluirse en todos los estados de cuenta posteriores al alta.
- Aviso que debe incluirse en los estados de cuenta posteriores al alta a los pacientes que no han proporcionado comprobante de seguro.
- Aviso del hospital para enviar al paciente antes de asignar o vender la deuda a la agencia de cobranza.

II. Definiciones:

"Montos generalmente facturados": Los montos generalmente facturados ("AGB") por servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios a personas elegibles para el Programa de Pago de Descuentos. El Hospital calcula el AGB para un paciente utilizando el método prospectivo tal como se define en el Reglamento de Tesorería. Bajo el método prospectivo, el AGB se calcula utilizando el proceso de facturación y codificación que el Hospital usaría si la persona fuera un beneficiario de pago por servicio de Medicare utilizando las tarifas de Medicare actualmente aplicables proporcionadas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

"Emergencia y médicamente necesaria": Cualquier atención médica de emergencia hospitalaria, hospitalaria, ambulatoria o de emergencia que no sea completamente cosmética para la comodidad y/o

| | | | |
|---|---|-----------------------|------------------|
|  Shasta Regional Medical Center | | Página(s): | 16 |
| | | Guardado como: | |
| Asunto: | Asistencia financiera para pacientes | Formulado: | 2/24 |
| Manual: | Servicios Financieros para Pacientes para Hospitales con Fines de Lucro | Revisado: | 3/24 |
| Aprobación del Comité Ejecutivo Médico | Fecha: | 3/24 | Revisado: |
| Aprobación de la Junta de Gobierno | Fecha: | 3/24 | |

conveniencia del paciente.

"EMTALA": El hospital cumple con los requisitos de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA, por sus siglas en inglés), Sección 1867 de la Ley del Seguro Social. No hay nada contenido en esta política que impida dicho cumplimiento. Esta es una ley federal que requiere que cualquier persona que acuda a un departamento de emergencias sea estabilizada y tratada, independientemente de su estado de seguro o capacidad de pago.

"Familia": (1) para personas mayores de 18 años, cónyuge, pareja de hecho e hijos dependientes menores de 21 años, ya sea que vivan en el hogar o no; y (2) para personas menores de 18 años, padres, parientes cuidadores y otros hijos menores de 21 años del padre o pariente cuidador.

III. Aplicabilidad de la Política:

Esta Política se aplica a toda la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria proporcionada por el Hospital o una entidad sustancialmente relacionada que trabaje en el Hospital. Esta Política se aplica solo a los cargos por servicios del Hospital y no es vinculante para otros proveedores de servicios médicos que no estén empleados o contratados por el Hospital para brindar servicios médicos, incluidos los médicos que tratan a pacientes del Hospital en casos de emergencia, hospitalizados o ambulatorios. Los médicos no cubiertos por esta póliza que brindan servicios a pacientes que no tienen seguro o que no pueden pagar sus facturas médicas debido a los altos costos médicos pueden tener sus propias pólizas de asistencia financiera para brindar asistencia. El Hospital no es responsable de la administración de ningún programa de asistencia financiera ofrecido por el personal médico no empleado del Hospital, los médicos o las prácticas de facturación de dichos médicos.


Las políticas de asistencia financiera deben equilibrar la necesidad de asistencia financiera del paciente con la administración fiscal más amplia del Hospital. La asistencia financiera a través del pago con descuento y los programas de atención caritativa no sustituye la responsabilidad personal. Es responsabilidad de los pacientes participar activamente en el proceso de evaluación de la asistencia financiera y, cuando corresponda, contribuir al costo de su atención en función de su capacidad de pago. Las agencias externas de cobro de deudas y las prácticas de cobro interno del Hospital reflejarán la misión y visión del Hospital.

IV. Procedimiento:

1. Elegibilidad para Asistencia Financiera

A. Pacientes que pagan por su cuenta

Consulte el apéndice "Resumen de asistencia financiera" que resume el programa de

| | | | |
|---|---|-----------------------|-------------|
|  Shasta Regional Medical Center | | Página(s): | 16 |
| | | Guardado como: | |
| Asunto: | Asistencia financiera para pacientes | Formulado: | 2/24 |
| Manual: | Servicios Financieros para Pacientes para Hospitales con Fines de Lucro | Revisado: | 3/24 |
| Aprobación del Comité Ejecutivo Médico | Fecha: 3/24 | Revisado: | |
| Aprobación de la Junta de Gobierno | Fecha: 3/24 | | |

asistencia financiera para pacientes.

Un paciente califica para el Programa de **Atención Caritativa** en función de las condiciones discutidas en el apéndice "Programa de Atención Caritativa".

Un paciente califica para el Programa de **Pago con Descuento** basado en las condiciones discutidas en el anexo "Programa de Pago con Descuento de Asistencia Financiera".


B. Pacientes Asegurados

Un paciente que tiene cobertura de terceros o cuya lesión es una lesión indemnizable para fines de compensación para trabajadores, seguro de automóvil u otro seguro según lo determine y documente el hospital, no califica para la atención caritativa, pero puede calificar para el Programa de **pago con descuento** según las condiciones discutidas en el anexo "Programa de pago con descuento de asistencia financiera". La atención caritativa y los descuentos del Programa de pago con descuento pueden aplicarse a los montos de responsabilidad del paciente, incluidos los montos de coseguro, copagos y deducibles.

C. Otras circunstancias

El Hospital puede utilizar una agencia externa o una determinación del Director del Departamento de Servicios Financieros para Pacientes (PFS, por sus siglas en inglés) del Hospital para extender la Atención Caritativa o el Programa de Pago con Descuento a los pacientes en las circunstancias que se enumeran a continuación (elegibilidad presunta). La elegibilidad presunta no transmite un derecho a servicios futuros. El hospital tampoco puede divulgar la determinación de elegibilidad presunta y es posible que no tenga acceso a los datos utilizados por una agencia externa. Las circunstancias que se indican a continuación se consideran formas de atención caritativa y pueden documentarse tal como se refleja en el código de transacción utilizado para adjudicar la reclamación del paciente, incluidas, entre otras, las transacciones relacionadas con la atención caritativa, los descuentos por pago por cuenta propia, los servicios no cubiertos y las denegaciones.

(i) La paciente califica para beneficios limitados bajo el programa Medicaid del estado, *es decir*, beneficios limitados por embarazo o emergencia, pero no tiene beneficios por otros servicios prestados en el Hospital. Esto incluye servicios no cubiertos relacionados con:

| | | | |
|---|---|-----------------------|------------------|
|  Shasta Regional Medical Center | | Página(s): | 16 |
| | | Guardado como: | |
| Asunto: | Asistencia financiera para pacientes | Formulado: | 2/24 |
| Manual: | Servicios Financieros para Pacientes para Hospitales con Fines de Lucro | Revisado: | 3/24 |
| Aprobación del Comité Ejecutivo Médico | Fecha: | 3/24 | Revisado: |
| Aprobación de la Junta de Gobierno | Fecha: | 3/24 | |

- Servicios prestados a beneficiarios de Medicaid con Medicaid restringido (es decir, pacientes que solo pueden tener beneficios por embarazo o de emergencia, pero reciben otra atención del Hospital);
- Solicitudes pendientes de Medicaid que no se aprueben posteriormente, siempre que la solicitud indique que el paciente cumple con los criterios para la atención caritativa;
- Denegaciones de Medicaid u otros programas de atención a indigentes;
- Cargos relacionados con días que excedan el límite de duración de la estadía; y
- Cualquier otra responsabilidad restante por pagos de seguros.

(ii) El paciente califica para un programa de servicios para indigentes médicos a nivel del condado, pero el Hospital no recibe ningún pago.


(iii) Se han realizado esfuerzos razonables para localizar y contactar al paciente, dichos esfuerzos han sido infructuosos, y el Director de PFS del Hospital tiene motivos para creer que el paciente calificaría para la atención caritativa o el Programa de pago con descuento, por ejemplo, el paciente ha fallecido, está en bancarrota, encarcelado (y no ha sido reembolsado por un programa estatal de Medicaid), no responde, no tiene hogar o no está dispuesto a proporcionar documentación.

(iv) Una agencia de cobro de terceros se ha esforzado por cobrar el saldo pendiente y ha recomendado al Director de PFS del Hospital que se ofrezca Atención Caritativa o el Programa de Pago con Descuento.

(v) Después de los esfuerzos de cobro y las negociaciones con el pagador, cualquier cargo no reembolsado de servicios no cosméticos, incluidos los servicios no cubiertos o denegados de cualquier pagador, como los cargos por días más allá de un límite de duración de la estadía, los beneficios agotados, el saldo de la cobertura restringida, las cuentas pendientes de Medicaid y las denegaciones del pagador se consideran una forma de asistencia financiera para el paciente en Prime Healthcare. Los cargos relacionados con estos descuentos cancelados durante el año fiscal se informan como atención no compensada.

(vi) El paciente es elegible para programas que incluyen, entre otros:

- Programas de medicamentos recetados financiados por el estado;
- Participación en programas para mujeres, bebés y niños (WIC);
- Elegibilidad para cupones de alimentos;
- Elegibilidad para el programa de almuerzos escolares subsidiados;

| | | | |
|---|---|-----------------------|------------------|
|  Shasta Regional Medical Center | | Página(s): | 16 |
| | | Guardado como: | |
| Asunto: | Asistencia financiera para pacientes | Formulado: | 2/24 |
| Manual: | Servicios Financieros para Pacientes para Hospitales con Fines de Lucro | Revisado: | 3/24 |
| Aprobación del Comité Ejecutivo Médico | Fecha: | 3/24 | Revisado: |
| Aprobación de la Junta de Gobierno | Fecha: | 3/24 | |

- Elegibilidad para otros programas de asistencia estatales o locales que no están financiados (por ejemplo, deducible de Medicaid);
- Las viviendas de bajos ingresos/subsidiadas se proporcionan como una dirección válida; y
- Importancia histórica del impago que establece una justificación de la falta de pago futura y de la falta de capacidad contributiva.

(vii) Otras circunstancias de la Atención Caritativa se documentarán en el registro del paciente, indicado por tipo de transacción o en las notas del paciente.


D. Determinación de Ingresos

A los efectos de determinar la elegibilidad para los Programas de Atención Caritativa y Pago de Descuentos, la documentación de los ingresos de la familia del paciente se limitará a los talones de pago recientes o a las declaraciones de impuestos sobre la renta. La solicitud de asistencia financiera solicita la información del paciente necesaria para determinar la elegibilidad del paciente bajo la Política de Asistencia Financiera, incluidos los ingresos del paciente o de la familia y el tamaño de la familia del paciente. El Hospital no solicitará ninguna información adicional que no sea la solicitada en la solicitud de asistencia financiera. Sin embargo, un paciente que busca asistencia financiera puede proporcionar voluntariamente información adicional si así lo desea. La calificación para la asistencia financiera se determinará únicamente por la capacidad de pago del paciente y/o del representante de la familia del paciente. La calificación para recibir asistencia financiera no se basará de ninguna manera en la edad, el género, la orientación sexual, el origen étnico, el origen nacional, la condición de veterano, la discapacidad o la religión. Consulte los anexos "Programa de Atención Caritativa" y "Programa de Pago con Descuento de Asistencia Financiera" para obtener detalles sobre los ingresos utilizados para determinar el Ingreso Familiar del paciente.

E. Niveles Federales de Pobreza

La medición del Nivel Federal de Pobreza se hará por referencia a las Pautas de Pobreza de Salud y Servicios Humanos más actualizadas para el número de personas en la familia u hogar del paciente. Las Pautas de Pobreza del HHS se actualizan periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos bajo la autoridad de la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos, y están disponibles aquí: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> o por solicitud del Departamento de Asesoramiento Financiero del Hospital al 530-244-5485.

2. Programa de Atención Caritativa y Pago de Descuentos

| | | | |
|---|---|-----------------------|------------------|
|  Shasta Regional Medical Center | | Página(s): | 16 |
| | | Guardado como: | |
| Asunto: | Asistencia financiera para pacientes | Formulado: | 2/24 |
| Manual: | Servicios Financieros para Pacientes para Hospitales con Fines de Lucro | Revisado: | 3/24 |
| Aprobación del Comité Ejecutivo Médico | Fecha: | 3/24 | Revisado: |
| Aprobación de la Junta de Gobierno | Fecha: | 3/24 | |

La asistencia financiera se puede otorgar en forma de atención caritativa completa o atención con descuento, según el nivel de elegibilidad del paciente, según se define en esta Política.

Los saldos de los pacientes que califican para la **atención caritativa**, según lo determine el Hospital, son elegibles para el programa de atención caritativa del hospital se reducirán a una suma igual a cero dólares (\$0) y el saldo restante se eliminará y se clasificará como atención caritativa. Consulte el Anexo "Programa de atención caritativa" para obtener información adicional.

Los saldos de los pacientes que califican para el **Programa de Pago con Descuento** son elegibles para el Programa de Pago con Descuento del Hospital; cualquier descuento se aplicará contra los cargos brutos por los servicios hospitalarios prestados. Consulte el apéndice "Programa de Pago de Descuento de Asistencia Financiera" para obtener información adicional.

El Programa de Pago con Descuento también incluirá un plan de pago extendido sin intereses para permitir el pago del precio con descuento a lo largo del tiempo. El Hospital y el paciente negociarán los términos de un plan de pago extendido, teniendo en cuenta los ingresos familiares del paciente y los gastos esenciales de subsistencia.

3. Proceso de solicitud


A cualquier paciente que solicite asistencia financiera se le pedirá que complete una solicitud de asistencia financiera. La solicitud incluye la dirección de la oficina y el número de teléfono al que debe llamar si el paciente tiene alguna pregunta sobre el programa de asistencia financiera o el proceso de solicitud. Se espera que el paciente presente la solicitud de asistencia financiera inmediatamente después de la atención, pero a más tardar 180 días después de la fecha de la primera declaración posterior al alta.

4. Resolución de disputas

Cualquier disputa relacionada con la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera será dirigida y resuelta por el Director Financiero del Hospital.

5. Publicación de la política

Con el fin de garantizar que los pacientes sean conscientes de la existencia de esta Política, el Hospital tomará las siguientes medidas:


| | | | |
|---|---|-----------------------|------------------|
|  Shasta Regional Medical Center | | Página(s): | 16 |
| | | Guardado como: | |
| Asunto: | Asistencia financiera para pacientes | Formulado: | 2/24 |
| Manual: | Servicios Financieros para Pacientes para Hospitales con Fines de Lucro | Revisado: | 3/24 |
| Aprobación del Comité Ejecutivo Médico | Fecha: | 3/24 | Revisado: |
| Aprobación de la Junta de Gobierno | Fecha: | 3/24 | |

- El aviso de la disponibilidad de asistencia financiera se publicará de manera clara y visible en lugares que sean visibles para los pacientes en las siguientes áreas: (1) Departamento de Emergencias; (2) Oficina de facturación; (3) Oficina de Admisiones; y (4) otros entornos ambulatorios, incluidas las unidades de observación; y (5) exhibido de manera destacada en el sitio web de Internet del hospital, con un enlace a la política en sí.
- Todos los pacientes que sean atendidos en el Hospital, ya sea que estén admitidos o no, recibirán el aviso de Resumen de Asistencia Financiera. El aviso se proporcionará en el momento del servicio, el alta o cuando el paciente abandone el centro. Si el paciente abandona el establecimiento sin recibir aviso, el Hospital enviará el aviso por correo al paciente dentro de las 72 horas posteriores a la prestación del servicio. El aviso se proporcionará en idiomas distintos del inglés hablados por un número sustancial de pacientes atendidos por el Hospital.
- Cada factura que se envía a un paciente que no ha proporcionado prueba de cobertura por parte de un tercero en el momento en que se brinda la atención o al momento del alta debe incluir el "Aviso que se incluirá en los estados de cuenta posteriores al alta" a los pacientes que no han proporcionado prueba de seguro. El aviso se proporcionará en idiomas distintos del inglés hablados por un número sustancial de pacientes atendidos por el Hospital.

6. Esfuerzos para obtener información sobre la cobertura y las solicitudes de Medicaid

El Hospital hará todos los esfuerzos razonables para obtener del paciente o de su representante información sobre si el seguro de salud privado o público o el patrocinio pueden cubrir total o parcialmente los cargos por la atención prestada por el Hospital a un paciente, incluido el seguro médico privado, la cobertura ofrecida a través del mercado federal de seguros de salud, Medicare, Medicaid y/u otros programas financiados por el gobierno diseñados para proporcionar cobertura de salud.

Si un paciente no indica que tiene cobertura por parte de un tercero pagador o solicita asistencia financiera, el personal del Hospital deberá proporcionarle al paciente un aviso que incluya el formulario "Aviso que se incluirá en los estados de cuenta posteriores al alta" a los pacientes que no hayan proporcionado comprobante de seguro y estado de cuenta que incluya lo siguiente: (a) una declaración de cargos por los servicios prestados por el Hospital, (b) una solicitud de que el paciente informe al Hospital si el paciente tiene cobertura de seguro médico privado o público u otra cobertura, (c) una declaración de que si el paciente no tiene cobertura de seguro médico, el paciente puede ser elegible para la cobertura bajo el programa Medicaid del estado u otros

| | | | |
|---|---|-----------------------|-------------|
|  Shasta Regional Medical Center | | Página(s): | 16 |
| | | Guardado como: | |
| Asunto: | Asistencia financiera para pacientes | Formulado: | 2/24 |
| Manual: | Servicios Financieros para Pacientes para Hospitales con Fines de Lucro | Revisado: | 3/24 |
| Aprobación del Comité Ejecutivo Médico | Fecha: 3/24 | Revisado: | |
| Aprobación de la Junta de Gobierno | Fecha: 3/24 | | |


programas gubernamentales; (d) una declaración que indique cómo el paciente puede obtener solicitudes para el programa Medicaid del estado u otros programas gubernamentales (y, según corresponda, el Hospital proporcionará dichas solicitudes al paciente); y (e) información sobre el programa de asistencia financiera del Hospital. El Hospital también proporcionará al paciente una remisión a un programa local de asistencia legal para el consumidor.

7. Actividades de cobro

El Hospital puede utilizar los servicios de una o más agencias de cobro externas para el cobro de la deuda del paciente. No se adelantará ninguna deuda para su cobro hasta que el Director de los Servicios Financieros para Pacientes del Hospital o su designado haya revisado la cuenta y aprobado el avance de la deuda al cobro. El Hospital deberá obtener un acuerdo por escrito de cada una de dichas agencias de cobro de que la agencia cumplirá con los requisitos de esta Política y la ley estatal aplicable.

Cualquier agencia de cobro utilizada por el Hospital deberá cumplir con cualquier plan de pago celebrado entre el Hospital y el paciente. Si un paciente solicita asistencia financiera, cualquier acción de cobro se suspenderá a la espera de la decisión sobre la solicitud de asistencia financiera del paciente. Si durante los cobros, se descubre que el paciente califica en su totalidad o en parte para Charity Care o un descuento por pago propio, los esfuerzos de cobro cesarán y el saldo respectivo se cancelará a Charity Care o como un descuento por pago propio. Ni el Hospital ni ninguna agencia de cobro utilizada por el Hospital (i) usará embargos de salarios o gravámenes sobre residencias principales para cobrar facturas médicas impagas o (ii) reportará información adversa a una agencia de informes de crédito del consumidor o iniciará una acción civil contra un paciente por falta de pago en cualquier momento antes de los 180 días posteriores a la facturación inicial.


Al menos treinta (30) días antes de comenzar cualquier actividad de cobro, el Hospital debe enviar un aviso al paciente que especifique lo siguiente: (i) las actividades de cobro que el Hospital o la agencia de cobro contratada pueden tomar, (ii) la fecha después de la cual se pueden tomar dichas acciones, (iii) que hay asistencia financiera disponible para los pacientes elegibles, (iv) las fechas de servicio de la factura que se asignan a los cobros; (v) el nombre de la entidad a la que se asigna o vende la factura; (vi) información sobre cómo el paciente puede obtener una factura detallada del hospital; (vii) el nombre y el tipo de plan de cobertura de salud para el paciente registrado en el hospital en el momento de los servicios, o una declaración de que el hospital no tiene esa información; (viii) una solicitud para la atención caritativa y la asistencia financiera del hospital; y (ix) la fecha en que se envió originalmente al paciente una solicitud de notificación de

| | | | |
|---|---|-----------------------|-------------|
|  Shasta Regional Medical Center | | Página(s): | 16 |
| | | Guardado como: | |
| Asunto: | Asistencia financiera para pacientes | Formulado: | 2/24 |
| Manual: | Servicios Financieros para Pacientes para Hospitales con Fines de Lucro | Revisado: | 3/24 |
| Aprobación del Comité Ejecutivo Médico | Fecha: 3/24 | Revisado: | |
| Aprobación de la Junta de Gobierno | Fecha: 3/24 | | |

asistencia financiera, la fecha o fechas en que se le envió una solicitud de asistencia financiera y, si corresponde, la fecha en que se tomó una decisión. Se adjunta un modelo para este aviso.

Tabla de historial de revisiones

| Número de documento y Nivel de revisión | Aprobación final por parte de | Fecha | Breve descripción del cambio/revisión |
|---|-------------------------------|-------|---------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|---|-----------------------|------------------|
|  Shasta Regional Medical Center | | Página(s): | 16 |
| | | Guardado como: | |
| Asunto: | Asistencia financiera para pacientes | Formulado: | 2/24 |
| Manual: | Servicios Financieros para Pacientes para Hospitales con Fines de Lucro | Revisado: | 3/24 |
| Aprobación del Comité Ejecutivo Médico | Fecha: | 3/24 | Revisado: |
| Aprobación de la Junta de Gobierno | Fecha: | 3/24 | |

Resumen de la Asistencia Financiera

Los pacientes elegibles que tienen un ingreso familiar igual o inferior al 450% del Nivel Federal de Pobreza actual y cumplen con ciertos requisitos de ingresos bajos y moderados pueden calificar para atención gratuita o atención con descuento parcial y opciones de planes de pago extendido de **Shasta Regional Medical Center**. Los médicos del Departamento de Emergencias y otros médicos que no son empleados del hospital también pueden ofrecer asistencia financiera por separado. El anexo del Programa de Atención Caritativa incluye detalles sobre el Programa de Atención Caritativa, y el anexo del Programa de Pago con Descuento de Asistencia Financiera incluye detalles sobre el Programa de Pago con Descuento.

Los pacientes pueden obtener copias de la Política de Asistencia Financiera y los formularios de solicitud <https://shastaregional.com> en el sitio web del Hospital. Para obtener más información o una solicitud de asistencia financiera, póngase en contacto con nosotros:

530.244.5485
1100 Butte St, Redding Ca 96001

Los documentos de la Política de Asistencia Financiera están disponibles en idiomas distintos del inglés hablados por un número sustancial de pacientes atendidos por el Hospital.


Las solicitudes completas deben entregarse a:

Shasta Regional Medical Center, A la atención de: Admisión - Asesoramiento financiero
1100 Butte St., Redding, Ca 96001

Según el Código de Salud y Seguridad § 127405 (a) (1) (B), un médico de emergencia, según se define en la Sección 127450, que brinda servicios médicos de emergencia en un hospital que brinda atención de emergencia también está obligado por ley a proporcionar descuentos a pacientes sin seguro o pacientes con altos costos médicos que están en o por debajo del 400 por ciento del nivel federal de pobreza.

Recursos adicionales: La Alianza del Consumidor de Salud (HCA, por sus siglas en inglés) es un recurso disponible para ayudar a los pacientes comprenden el proceso de facturación y pago, así como Covered California y Medi-Cal Elegibilidad presunta. HCA ofrece asistencia gratuita por teléfono o en persona. Para obtener más información, visite el sitio web de la Alianza de Consumidores de Salud en <https://healthconsumer.org>.

Servicios de compra: De conformidad con la Ley de Facturación No Sorpresa (Título 45, sección 180.60 del Código de Regulaciones Federales), consulte la herramienta de servicios de compra de Prime disponibles <https://shastaregional.com>.

| | | | |
|---|---|-----------------------|------------------|
|  Shasta Regional Medical Center | | Página(s): | 16 |
| | | Guardado como: | |
| Asunto: | Asistencia financiera para pacientes | Formulado: | 2/24 |
| Manual: | Servicios Financieros para Pacientes para Hospitales con Fines de Lucro | Revisado: | 3/24 |
| Aprobación del Comité Ejecutivo Médico | Fecha: | 3/24 | Revisado: |
| Aprobación de la Junta de Gobierno | Fecha: | 3/24 | |

Programa de Atención Caritativa

Un paciente califica para la **atención caritativa** si se cumplen todas las siguientes condiciones: (1) el paciente no tiene cobertura de terceros de una aseguradora de salud, un plan de servicios de atención médica, un plan de fideicomiso sindical, Medicare o Medi-Cal, según lo determine y documente el hospital; (2) la lesión del paciente no es una lesión indemnizable a los efectos de la compensación de los trabajadores, el seguro de automóvil u otro seguro según lo determine y documente el hospital; y (3) el ingreso familiar del paciente no excede el 400% del nivel federal de pobreza.


El Nivel Federal de Pobreza está determinado por las Pautas de Pobreza del HHS y son actualizadas periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos bajo la autoridad de la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos, y está disponible aquí: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

Los saldos de los pacientes que califican para la **atención caritativa**, según lo determine el Hospital, se reducirán a una suma igual a cero dólares (\$0) y el saldo restante se eliminará y se clasificará como atención caritativa.

Un paciente que tiene cobertura de terceros o cuya lesión es una lesión indemnizable para fines de compensación para trabajadores, seguro de automóvil u otro seguro según lo determine y documente el hospital no califica para el Programa de Atención Caritativa, pero puede calificar para el Programa de Pago con Descuento si se cumplen ciertas condiciones, como se describe en el anexo del Programa de Pago con Descuento de Asistencia Financiera.

Para obtener más información o una solicitud de asistencia financiera, póngase en contacto con nosotros:

530-244-5485
1100 Butte St, Redding Ca 96001

| | | | |
|---|---|-----------------------|-------------|
|  Shasta Regional Medical Center | | Página(s): | 16 |
| | | Guardado como: | |
| Asunto: | Asistencia financiera para pacientes | Formulado: | 2/24 |
| Manual: | Servicios Financieros para Pacientes para Hospitales con Fines de Lucro | Revisado: | 3/24 |
| Aprobación del Comité Ejecutivo Médico | Fecha: 3/24 | Revisado: | |
| Aprobación de la Junta de Gobierno | Fecha: 3/24 | | |

Programa de Pago con Descuento de Asistencia Financiera

Pacientes que pagan por su cuenta

Un paciente que paga por su cuenta califica para el **Programa de Pago con Descuento** si el Ingreso Familiar del paciente no excede el 450% del Nivel Federal de Pobreza. Las pautas federales de los niveles de pobreza se actualizan periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos bajo la autoridad de la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos, y están disponibles aquí: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

Los pacientes que califican que pagan por cuenta propia no tienen cobertura de terceros de una aseguradora de salud, un plan de servicios de atención médica, un plan de fideicomiso sindical, Medicare o Medi-Cal o cuya lesión no es una lesión compensable para fines de compensación para trabajadores, seguro de automóvil u otro seguro según lo determine y documente el hospital y cuyo ingreso familiar no exceda el 450% del nivel federal de pobreza serán elegibles para el Programa de pago con descuento.


Pacientes Asegurados

Un paciente que tiene cobertura de terceros o cuya lesión es una lesión indemnizable para fines de compensación para trabajadores, seguro de automóvil u otro seguro según lo determine y documente el hospital puede calificar para el Programa de Pago con Descuento si (i) él o ella tiene un Ingreso Familiar igual o inferior al cuatrocientos cincuenta por ciento (450%) del Nivel Federal de Pobreza; y (ii) tiene gastos médicos de bolsillo que exceden el menor de: (a) el diez por ciento (10%) de los ingresos familiares del paciente, si el paciente proporciona documentación de los gastos médicos del paciente pagados por el paciente o la familia del paciente en los doce (12) meses anteriores (ya sea que dichos gastos se hayan incurrido o pagado dentro o fuera del Hospital) o (b) los gastos anuales de bolsillo incurridos por la persona en el hospital que excedan el 10% del Ingreso Familiar actual del paciente o Ingreso Familiar en los doce (12) meses anteriores.

Las pautas federales de los niveles de pobreza son actualizadas periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos bajo la autoridad de la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos, y están disponibles aquí: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

Obligación del paciente

Los saldos de los pacientes que califiquen para el Programa de Pago de **Descuento** se reducirán;


| | | | |
|---|---|-----------------------|------------------|
|  Shasta Regional Medical Center | | Página(s): | 16 |
| | | Guardado como: | |
| Asunto: | Asistencia financiera para pacientes | Formulado: | 2/24 |
| Manual: | Servicios Financieros para Pacientes para Hospitales con Fines de Lucro | Revisado: | 3/24 |
| Aprobación del Comité Ejecutivo Médico | Fecha: | 3/24 | Revisado: |
| Aprobación de la Junta de Gobierno | Fecha: | 3/24 | |

cualquier descuento se aplicará contra los cargos brutos por los servicios hospitalarios prestados. La obligación de pago de un paciente elegible para el Programa de Pago de Descuento se determinará caso por caso, pero no excederá los Montos Facturados Generalmente (AGB); el monto mayor de la cantidad que el Hospital esperaría recibir por la prestación de servicios de Medicare o Medicaid, lo que sea mayor (el "Pago Máximo con Descuento"). Un paciente elegible con seguro estará obligado a pagar una cantidad igual a la diferencia entre lo que el Hospital recibe de la compañía de seguros y el Pago Máximo con Descuento. Si la cantidad pagada por el seguro excede el Pago Máximo con Descuento, el paciente no tendrá más obligación de pago.

El Programa de Pago con Descuento también incluirá un plan de pago extendido sin intereses para permitir el pago del precio con descuento a lo largo del tiempo. El Hospital y el paciente negociarán los términos de un plan de pago extendido, teniendo en cuenta los ingresos familiares del paciente y los gastos esenciales de subsistencia. Si el paciente y el Hospital no pueden llegar a un acuerdo sobre un plan de pago, el Hospital utilizará la fórmula descrita en la subdivisión (i) de la sección 127400 del Código de Salud y Seguridad de California para crear un plan de pago razonable.

Para obtener más información o una solicitud de asistencia financiera, póngase en contacto con nosotros:


530-244-5485
1100 Butte St, Redding, Ca 96001

| | | | |
|---|---|-----------------------|------------------|
|  Shasta Regional Medical Center | | Página(s): | 16 |
| | | Guardado como: | |
| Asunto: | Asistencia financiera para pacientes | Formulado: | 2/24 |
| Manual: | Servicios Financieros para Pacientes para Hospitales con Fines de Lucro | Revisado: | 3/24 |
| Aprobación del Comité Ejecutivo Médico | Fecha: | 3/24 | Revisado: |
| Aprobación de la Junta de Gobierno | Fecha: | 3/24 | |

[Aviso que debe incluirse en todos los estados de cuenta posteriores al alta]

Programa de Atención Caritativa y Pago de Descuentos


Los pacientes que carecen de seguro o que tienen un seguro inadecuado y cumplen con ciertos requisitos de ingresos moderados pueden calificar para pagos con descuento o atención caritativa. Los pacientes que buscan atención gratuita o con descuento deben obtener y presentar una solicitud que será revisada por el Hospital. A ningún paciente elegible para recibir asistencia financiera se le cobrará más por la atención de emergencia o medicamento necesaria que los montos generalmente facturados a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención. Para obtener más información, copias de documentación o ayuda con el proceso de solicitud, comuníquese con el Hospital al 530-244-5485 o visite <https://shastaregional.com/> para obtener más información. También se le pueden enviar copias gratuitas de la documentación de asistencia financiera por correo y están disponibles en idiomas distintos del inglés que habla un número sustancial de pacientes atendidos por el Hospital. Los médicos del Departamento de Emergencias y otros médicos que no son empleados del Hospital también pueden proporcionar Atención Caritativa o Programas de Pago con Descuento. Comuníquese al 530-244-5485 para obtener más información.

| | | | |
|---|---|-----------------------|-------------|
|  Shasta Regional Medical Center | | Página(s): | 16 |
| | | Guardado como: | |
| Asunto: | Asistencia financiera para pacientes | Formulado: | 2/24 |
| Manual: | Servicios Financieros para Pacientes para Hospitales con Fines de Lucro | Revisado: | 3/24 |
| Aprobación del Comité Ejecutivo Médico | Fecha: 3/24 | Revisado: | |
| Aprobación de la Junta de Gobierno | Fecha: 3/24 | | |

Aviso que se incluirá en los estados de cuenta posteriores al alta a los pacientes que no hayan proporcionado comprobante de seguro

Nuestros registros indican que usted no tiene cobertura de seguro médico o cobertura bajo Medicare, Medicaid, programas de cobertura de salud financiados por el estado u otros programas similares. Si tiene dicha cobertura, comuníquese con nuestra oficina al (530) 242-4900 lo antes posible para que se pueda obtener la información y facturar a la entidad correspondiente.

Si no tiene cobertura de seguro médico, puede ser elegible para Medicare, Medicaid, cobertura ofrecida a través del mercado federal de seguros médicos, cobertura médica financiada por el estado o el condado, o Prime Healthcare Charity Care o Programa de Pago con Descuento. Para obtener más información sobre cómo solicitar estos programas, comuníquese con nuestra oficina para que podamos responder sus preguntas y proporcionarle solicitudes para estos programas.

| | | | |
|---|---|-----------------------|-------------|
|  Shasta Regional Medical Center | | Página(s): | 16 |
| | | Guardado como: | |
| Asunto: | Asistencia financiera para pacientes | Formulado: | 2/24 |
| Manual: | Servicios Financieros para Pacientes para Hospitales con Fines de Lucro | Revisado: | 3/24 |
| Aprobación del Comité Ejecutivo Médico | Fecha: 3/24 | Revisado: | |
| Aprobación de la Junta de Gobierno | Fecha: 3/24 | | |

**Aviso del hospital para enviar al paciente antes de
Cesión o venta de deudas a una agencia de cobro
*Incluya la solicitud de asistencia financiera con este aviso***

Nombre: [NOMBRE DEL PACIENTE]

Fechas de servicio: [FECHAS DE SERVICIO]

Seguro de salud en el archivo: [INCLUYA EL NOMBRE Y EL TIPO DE PLAN, SI NO INCLUYE NINGUNO, INCLUYA "EL HOSPITAL NO TENGAN ESA INFORMACIÓN."]

Fecha en que el paciente envió originalmente el aviso de asistencia financiera: [FECHA]

Fecha en que el paciente envió originalmente la solicitud de asistencia financiera: [FECHA]

Fecha en que se dictó la decisión sobre la solicitud financiera (si corresponde): [FECHA O "N/A"]

Nuestros registros indican que usted tiene saldos de pacientes pendientes relacionados con las fechas de servicios. Los pacientes que buscan atención gratuita o con descuento deben completar y enviar la Asistencia Financiera que se incluye con este aviso. Ningún paciente elegible para recibir asistencia financiera será cobra más por la atención de emergencia o medicamento necesaria que los montos generalmente facturados a las personas que tengan un seguro que cubra dicha atención. Para obtener más información, para obtener una factura detallada de la servicios prestados a usted en las fechas de servicio anteriores, o para asistencia con el proceso de solicitud, comuníquese con el Hospital al 530-244-5485 o puede visitar <https://shastaregional.com> o 1100 Butte St, Redding, Ca 96001.

A pesar de nuestros esfuerzos por ponernos en contacto con usted, el saldo del paciente sigue sin pagarse. El Hospital está asignando o vender el saldo pendiente adeudado a **CMRE Financial Services**.

Anexo: Solicitud de Asistencia Financiera