

Título: Política de Ayuda Financiera para pacientes en hospitales del Banner Lassen Medical Center	
Número 3658, Versión 3	Fecha original: 15 dic 2014
Fecha de entrada en vigor: 6 jul 2023	Fecha de la última revisión/modificación: 6 jul 2023
Fecha de la próxima revisión: 6 jul 2024	Autor: Alex Paraison, Dena Sanders y Jonathan McGee
Aprobado por: Comité de Políticas Administrativas y administradores de PolicyTech	
Unidad/Centro de operaciones separado: Banner Lassen Medical Center	

I. Propósito/población:

- A. Propósito: esta política de Banner Health (BH) y el Programa de Ayuda Financiera (Programa FA) que se describen en este documento tienen por objeto establecer una metodología coherente y no discriminatoria para la prestación de atención de emergencia y otros tipos de atención médicamente necesaria (no electiva) de forma gratuita o con descuento 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 del BLMC.
- B. Población: todos los empleados.

II. Definiciones:

- A. Montos Generalmente Facturados (AGB, por sus siglas en inglés): monto que el hospital generalmente factura a los pacientes asegurados por un Servicio Cubierto, que se determina utilizando el "método retrospectivo" tal y como se establece en el Título 26 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés), 1.501(r)-5(b)(3). El porcentaje de los AGB del hospital puede consultarse en línea en: <https://www.bannerhealth.com/-/media/files/project/bh/patients-visitors/billing/financial-assistance/agb-summary.ashx>
- B. Período de solicitud: el período durante el cual BH debe aceptar y tramitar una solicitud de ayuda financiera en el marco del Programa FA. El período de solicitud comienza en la fecha en que se presta el servicio cubierto y finaliza el día 240 después de que BH proporcione el primer estado de facturación.
- C. Facturación de proveedores de BLMC: cualquier factura generada por un servicio profesional prestado por un proveedor de BLMC.
- D. Saldo después del seguro (BAI, por sus siglas en inglés): cualquier monto adeudado por el paciente una vez finalizados los pagos del seguro (p. ej., deducibles, copagos y coaseguros). El BAI no incluye la porción del costo que corresponde al paciente de Medicaid por los servicios cubiertos (según lo determina el estado como un monto que el paciente debe pagar para ser elegible para Medicaid) y BH no está autorizado a proporcionar ayuda financiera para financiar este monto ni a renunciar a él.

- E. Proveedor BLMC: un proveedor que sea: (1) empleado de Banner Health (o una filial bajo el control de Banner Health) y presta servicios profesionales en BLMC; o (2) un proveedor independiente que ha cedido a BH el derecho a recibir reembolsos por servicios profesionales prestados en BLMC.
- F. Atención de Caridad: servicios cubiertos prestados a un paciente por los cuales no se espera que este pague monto alguno.
- G. Servicios Cubiertos: servicios médicamente necesarios prestados por el hospital o un proveedor de BLMC.
- H. Atención con Descuento: se refiere a los servicios cubiertos prestados a un paciente por los cuales se espera que este pague un monto con descuento.
- I. Servicios Emergentes: servicios necesario e indicados para tratar una afección médica de un paciente derivada de la aparición repentina de un estado de salud con síntomas agudos que, a falta de atención médica inmediata, es razonablemente probable que ponga su salud en peligro grave, que provoque un deterioro de funciones corporales o que provoque una disfunción grave de cualquiera de sus órgano o parte del cuerpo.
- J. Gastos esenciales de subsistencia: gastos domésticos que incluyen lo siguiente: alquiler o pago y mantenimiento de la vivienda; alimentos y suministros del hogar; servicios públicos y teléfono; ropa; pagos médicos y dentales; seguros; escuela y guardería; manutención de los hijos y del cónyuge; gastos de transporte y automóvil, incluidos seguros, gasolina y reparaciones; pagos a plazos; lavandería y limpieza; y otros gastos extraordinarios.
- K. Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés): se refiere al nivel de ingresos anuales para grupos familiares de diversos tamaños establecido por el Gobierno federal.
- L. Programa de Ayuda Financiera (Programa FA): programa del hospital que regula la prestación de Asistencia de Caridad y Asistencia con Descuento.
- M. Cargo bruto: la tarifa de un servicio cubierto que se cobra generalmente a todos los pacientes, independientemente de si un paciente tiene cobertura de seguro de terceros y se solicita anualmente a la Oficina de Planificación y Desarrollo de la Salud del estado de California.
- N. Hospital: Banner Lassen Medical Center
- O. Proveedores hospitalarios: médicos y otro personal médico que prestan servicios de emergencia u otros servicios de asistencia médica necesaria dentro de un hospital, según se indica en el Anexo A por grupo o departamento.
- P. Medicaid : todos los programas de seguros públicos del estado California y sus condados que incluyen (entre otros) Medicaid, Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS, por sus siglas en inglés), Programa de Atención a Personas Indigentes de Colorado (CICP, por sus siglas en inglés) y Programa Federal de Servicios de Emergencia (FES, por sus siglas en inglés).

- Q. Grupo familiar médicamente indigente: grupo familiar con gastos médicos incurridos durante los 12 meses anteriores, cuando la porción de la que es responsable el grupo familiar supere el 50 % de sus ingresos totales para ese año. Con el fin de determinar si un grupo familiar es médicamente indigente, se incluyen todos los gastos médicos, incluso aquellos no relacionados con BH.
- R. Médicamente necesarios: servicios prestados por el hospital o un proveedor de BLMC que cumplen todos y cada uno de los siguientes criterios:
1. son necesarios para tratar una dolencia, lesión, afección, enfermedad o sus síntomas;
 2. son compatibles con el diagnóstico y el tratamiento de las afecciones del paciente;
 3. se proporcionan de acuerdo con las normas de buena práctica médica;
 4. no se brindan por conveniencia del paciente o de su médico, y
 5. corresponden al nivel de atención más adecuado para el paciente, según lo determine su afección médica y no su situación económica o familiar.
- Los servicios prestados por el hospital para tratar una Afección Emergente se consideran "médicamente necesarios".
- S. Servicios Financieros para Pacientes (PBM, por sus siglas en inglés): la unidad operativa de BH responsable de facturar y cobrar las cuentas de pago por cuenta propia por los servicios, incluidos los copagos y los deducibles.
- T. Paciente con gastos médicos elevados: paciente cuyos ingresos familiares no superan el 400 % del FPL, o bien (1) los gastos de bolsillo anuales incurridos por el paciente en el hospital superan el 10 % de los ingresos familiares en los 12 meses anteriores; o (2) los gastos médicos de bolsillo anuales de la familia del paciente en los 12 meses previos, junto con los incurridos por el paciente en el hospital, superan el 10 % de los ingresos familiares en los 12 meses anteriores.
- U. Tarifa de pago por cuenta propia: monte cobrado inicialmente a un paciente no asegurado por un servicio cubierto.
- i. Tarifa de pago por cuenta propia del hospital: 125 % del AGB aplicable para un servicio cubierto.
 - ii. Tarifa de pago por cuenta propia del proveedor de BLMC: 70 % del cargo bruto aplicable para un servicio cubierto.
- V. Seguro de terceros: entidad (corporación, plan de salud de una empresa o fideicomiso, empresa del mercado de atención médica, beneficio de pago médico de una política de automóvil, compensación al trabajador, etc.), que no sea el paciente (o garante), que pagará la totalidad o una parte de las facturas médicas del paciente.
- W. Paciente con seguro insuficiente: paciente con cobertura de seguro de terceros, pero con limitaciones o corresponsabilidad, incluidos deducibles, copagos y coseguro.
- X. Paciente no asegurado: paciente sin seguro de terceros y que no está inscrito en un programa de seguro gubernamental. A los pacientes no asegurados se les cobra inicialmente la tarifa de pago por cuenta propia por los servicios cubiertos.

III. Política:

- a. No discriminación. BH ofrece asistencia 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 o capacidad de pago.
- b. Alcance.
 - i. Servicios hospitalarios médicamente necesarios. Esta política se aplica únicamente a los servicios cubiertos en el hospital, quedando sujeta a las exclusiones que se indican a continuación.
 - ii. Proveedores hospitalarios. No todos los proveedores hospitalarios están sujetos a esta política. El Anexo A especifica qué proveedores hospitalarios, por departamento o grupo, están cubiertos por esta política y cuáles no.
 - iii. Instalaciones no hospitalarias. Esta política no se aplica a centros BH no hospitalarios (por ejemplo, Banner Imaging o centros Banner Urgent Care) ni a proveedores no hospitalarios (por ejemplo, ciertos médicos, proveedores médicos avanzados). Política de Ayuda Financiera para consultorios médicos, clínicas y salud en el hogar de Banner Health (núm. 1455) regula los centros y proveedores no hospitalarios de BH.
- c. Programa FA. Esta política establece un Programa FA de BH que, en función de los ingresos familiares del paciente y del monto de los gastos médicos, determina si un paciente reúne los requisitos para recibir Atención de Caridad o Atención con Descuento. Se proporcionará ayuda financiera a los siguientes pacientes: (1) pacientes no asegurados o con seguro insuficiente y que cumplen los requisitos de ingresos familiares establecidos en esta política; o (2) son miembros de un grupo familiar médicamente indigente. BH limitará el pago esperado por los servicios cubiertos de los pacientes que estén en el rango del 400 % del FPL o por debajo a lo que esperarían recibir, de buena fe, por proporcionar el mismo Servicio Cubierto de Medicare, Medi-Cal, el Programa Healthy Families u otro programa de salud patrocinado por el Gobierno en el que participe BH, el monto que sea mayor.
 - i. Ayuda financiera en función de los ingresos familiares. Los pacientes no asegurados o con seguro insuficiente podrán optar a una ayuda financiera basada en los ingresos familiares si: (1) los ingresos del familiar son iguales o inferiores al 400 % del FPL; y (2) llenan una solicitud de ayuda económica o se determina que son presuntamente elegibles (consulte la sección III.D.iv de esta política). El monto de la ayuda financiera que BH proporciona a los pacientes no asegurados y con seguro insuficiente aprobados se determina de acuerdo con las siguientes tablas:

Gastos hospitalarios		
Ingresos del grupo familiar	Descuento aplicado - No asegurado	Descuento aplicado - Seguro insuficiente
< 200 % del FPL	Descuento del 100 % sobre los AGB	Descuento del 100 % sobre el BAI
200 % al 300 % del FPL	Descuento del 75 % sobre los AGB	Descuento del 75 % sobre el BAI

> 300 % al 400 % del FPL	Descuento del 50 % sobre los AGB	Descuento del 50 % sobre el BAI
--------------------------	----------------------------------	---------------------------------

Cargos de facturación de proveedores de BLMC		
Ingresos del grupo familiar	Descuento aplicado - No asegurado	Descuento aplicado - Seguro insuficiente
< 200 % del FPL	Descuento del 100 % sobre la tarifa de pago por cuenta propia del proveedor de BLMC	Descuento del 100 % sobre el BA
200 % al 300 % del FPL	Descuento del 75 % sobre la tarifa de pago por cuenta propia del proveedor de BLMC	Descuento del 75 % sobre el BAI
> 300 % al 400 % del FPL	Descuento del 50 % sobre la tarifa de pago por cuenta propia del proveedor de BLMC	Descuento del 50 % sobre el BAI

- ii. Ayuda financiera en función de la situación de indigencia médica del grupo familiar. Los pacientes no asegurados o con seguro insuficiente pueden optar a una ayuda financiera basada en la situación de indigencia médica del grupo familiar si: (1) el paciente es miembro de un grupo familiar médicamente indigente; y (2) el paciente presenta una solicitud debidamente llena para recibir dicha ayuda financiera.
- Pacientes no asegurados y pacientes con seguro insuficiente cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores al 400 % del FPL. Los pacientes no asegurados y los pacientes con seguro insuficiente que reciban una ayuda económica basada en los ingresos del grupo familiar de conformidad con la Sección III.C.i de la presente política también pueden optar a una ayuda económica basada en la condición de grupo familiar médicamente indigente si, *efectivamente después de la aplicación del descuento de conformidad con la Sección III.C.i*, el grupo familiar sigue cumpliendo la definición de grupo familiar médicamente indigente. En caso de aprobación, BH ofrecerá a estos pacientes un descuento del 75 % sobre el saldo restante del paciente.
 - Pacientes no asegurados con ingresos familiares superiores al 400 % del FPL. A los pacientes no asegurados con ingresos familiares superiores al 400 % del FPL se les cobrará inicialmente la tarifa de pago por cuenta propia por los servicios cubiertos. BH proporcionará a los pacientes no asegurados que califiquen como miembros de un grupo familiar médicamente indigente un descuento del 75 % de la tarifa de pago por cuenta propia aplicable para los servicios cubiertos.
 - Pacientes con seguro insuficiente que tengan ingresos familiares superiores al 400 % del FPL. BH proporcionará a los pacientes con seguro insuficiente que hayan sido aprobados para recibir ayuda financiera por ser miembros de un grupo familiar médicamente indigente un descuento del 75 % sobre el BAI del paciente.
- iii. Descuentos para médicos de emergencias. La ley de California exige a los médicos que prestan Servicios Emergentes que ofrezcan descuentos a los pacientes sin seguro y a los pacientes con gastos médicos elevados que se

encuentren al 350 % del FPL o por debajo de esta cifra. Para cumplir con este requisito y mantener la coherencia en todo BH, los médicos proveedores de BLMC que prestan Servicios Emergentes en el hospital proporcionarán descuentos a pacientes con costos médicos elevados y pacientes no asegurados que están en o por debajo del 400 % del FPL de acuerdo con las Secciones III.C.i y 3.C.ii de esta política.

- iv. Tarifa máxima para pacientes que cumplen los requisitos. A los pacientes no asegurados o con seguro insuficiente que reúnan los requisitos para recibir ayuda financiera en virtud de esta política no se les puede cobrar más que los AGB por los servicios cubiertos. En caso de que la aplicación de las tablas de la sección III.C.i a los servicios cubiertos produzca un resultado superior a los AGB, el cargo por dichos servicios cubiertos se ajustará a los AGB.
- v. Cobertura del seguro. BH hará todos los esfuerzos razonables para obtener información de cada paciente acerca de 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 dispondrá de solicitudes para los programas de Medicaid para los pacientes que puedan optar a dichos programas.
- vi. Solicitud de ayuda financiera. A menos que se determine que son presuntamente elegibles para la ayuda financiera según lo dispuesto en la Sección III.D.iv indicada más adelante, los pacientes deben presentar una solicitud de ayuda financiera. Los pacientes pueden obtener una solicitud de ayuda financiera en persona en el hospital o descargándola del sitio web de BH. También pueden solicitar que se les envíe una solicitud por correo postal llamando al 1-888-264-2127. Todas las solicitudes de ayuda financiera se deben entregar personalmente en el hospital, enviar por correo postal a la dirección indicada en el formulario de solicitud o presentarse siguiendo las instrucciones que figuran en el sitio web de BH.
- vii. Comprobación de ingresos/capacidad de pago
 - Los ingresos del paciente se verificarán utilizando los siguientes documentos que deben ser facilitados por el paciente:
 - declaraciones de impuesto sobre la renta de años previos,
 - 3 últimos recibos de sueldo, o
 - 3 últimos estados de cuenta tanto para cuentas de ahorro como para cuentas corrientes.
 - Si un paciente no tiene ingresos documentados o no está obligado a declarar impuestos sobre la renta en los EE. UU. (por ejemplo, un paciente jubilado), BH puede evaluar la capacidad de pago del paciente comparando la deuda del paciente con su patrimonio. La deuda incluye todos los gastos mensuales, como vivienda, automóvil, atención médica, etc. Los fondos propios incluyen activos líquidos (efectivo, acciones, bonos y otros activos que puedan liquidarse en un plazo de 7 días) para cubrir las facturas pendientes. BH concederá a los pacientes con un ratio deuda-capital superior al 50 % el mismo descuento que a los pacientes que reúnan los requisitos para recibir ayuda financiera basada en la situación de grupo familiar médicamente indigente.
- viii. Notificación de la determinación de elegibilidad. Una vez determinada la elegibilidad para el Programa FA, ya sea que el paciente sea considerado

elegible o no elegible para la ayuda financiera, BH enviará una notificación por escrito de su decisión a la última dirección conocida del paciente.

- ix. Solicitud de descuentos por ayuda financiera.
- A los pacientes que reúnan los requisitos para recibir ayuda financiera se les aplicará el descuento correspondiente a todos los servicios cubiertos que reciban: (i) durante los 12 meses anteriores a la fecha de calificación; y (2) durante los 180 días siguientes a la fecha de calificación.
 - A los pacientes que soliciten y se les apruebe la ayuda financiera, pero que ya hayan pagado al menos \$5 adicionales al precio con descuento por el servicio cubierto, se les reembolsará el monto del pago en exceso.
- x. Planes de pago razonables.
- Si un paciente tiene un saldo restante después de todos los descuentos de ayuda financiera se han aplicado, BH hará planes de pago razonables disponibles para el paciente. Los pagos mensuales previstos con los planes de pago razonables no serán superiores al 10 % de los ingresos familiares mensuales restantes del paciente una vez deducidos los gastos esenciales de manutención mensuales. Según corresponda, el hospital obtendrá acuerdos por escrito de las filiales, subsidiarias o agencias de cobro externas de que cumplirán con la definición y aplicación de un plan de pago razonable del hospital.
- d. Facturación y cobros. BH podrá emprender todas las acciones legales, incluidas las Acciones Extraordinarias de Cobro (ECA, por sus siglas en inglés), para obtener el pago de los servicios prestados cuando no se haya efectuado el pago transcurridos 120 días desde la fecha del primer estado de facturación de dichos servicios (el "Período de Notificación"). Las ECA incluyen, entre otras, la presentación de una demanda judicial, la presentación de un embargo y la notificación de dichas deudas a las agencias de crédito. BH no utilizará embargos de salarios o gravámenes sobre residencias principales como medio de cobro de ninguna cuenta de paciente elegible para FA.
- i. Depósitos. El hospital puede exigir un depósito a un paciente no asegurado antes de prestarle cualquier servicio, excepto que no se exigirá ningún depósito antes de prestarle servicios de urgencia. Todos los pacientes no asegurados deben ser notificados de la disponibilidad de ayuda financiera y recibir un formulario de solicitud si lo solicitan.
- ii. Cuenta única del paciente. Cuando un paciente tiene más de una factura pendiente, BH puede agregar las facturas pendientes en un único estado de facturación. Sin embargo, no se iniciará ninguna ECA para ningún servicio hasta que finalice el Período de Notificación para ese servicio particular.
- iii. Notificación de factura pendiente. Durante el Período de Notificación, BH enviará por correo los estados de facturación a los pacientes (y garantes, si procede) a la última dirección conocida. Un extracto de facturación incluirá:
- un resumen de los servicios cubiertos por el estado;
 - los gastos reales de cada servicio (incluidos los montos cobrados a un proveedor de seguros externo);
 - el monto que debe pagar el paciente (o el garante) por cada servicio;
 - una notificación escrita en la que se informe al beneficiario de la disponibilidad de ayuda financiera en el marco del Programa FA,

acompañada de un resumen en lenguaje sencillo del Programa FA e información relativa a cómo solicitar la ayuda financiera (el "Documento resumen en lenguaje sencillo");

- una solicitud para que el destinatario informe a BH si el paciente tiene cobertura de seguro de terceros, Medicare, Medicaid u otra cobertura;
- una notificación escrita en la que se informe al beneficiario de los programas Medicare y Medicaid y se le indique cómo solicitar dichos programas, y
- el nombre y la dirección de un centro local de asistencia al consumidor en una oficina de servicios jurídicos.

BH también puede tratar de contactar a los pacientes o garantes por teléfono, enviarles correos electrónicos y mensajes de texto notificándoles su saldo pendiente y ofreciéndoles la oportunidad de revisar los extractos digitalmente.

- iv. Presunta elegibilidad para recibir ayuda 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 la ayuda financiera en función de los ingresos del grupo familiar. Dicha determinación se realizará de acuerdo con el procedimiento de presunción de elegibilidad para la ayuda financiera reforzada para pacientes no asegurados. Si se determina que un paciente/garante es presuntamente elegible para recibir ayuda financiera en función de los ingresos familiares, el paciente/garante no está obligado a llenar una solicitud y los descuentos de la Sección III.C.i se aplicarán automáticamente a la cuenta de acuerdo con la Sección III.C.vii de esta política. Sin embargo, si el paciente/garante ya ha pagado alguno de los servicios cubiertos a los que se aplicaría el descuento, el paciente/garante debe solicitar y recibir la aprobación del Programa FA para que el descuento se aplique a esos servicios cubiertos.

- v. Esfuerzos finales de cobro antes de implementar las ECA. Antes de iniciar cualquier ECA, BH enviará una factura a la última dirección conocida del paciente (o garante) en la que se informará al destinatario de las ECA específicas que BH pretende tomar si, para el último día del Período de Notificación, el paciente/garante no lo hace: (1) solicitar ayuda financiera en el marco del Programa FA; (2) pagar el monto total adeudado; o (3) establecer un acuerdo de pago con BH. Este estado de facturación incluirá el Documento resumen en lenguaje sencillo y se enviará al menos 30 días antes de que finalice el 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 ayuda con el proceso de solicitud del mencionado Programa.
 - Si el paciente/garante presenta una solicitud completa de ayuda financiera en el marco del Programa FA, BH no iniciará ninguna ECA mientras la solicitud esté pendiente.
 - Si el paciente/garante presenta una solicitud incompleta de ayuda financiera en virtud del Programa FA, BH dará al paciente/garante un plazo razonable para proporcionar la información necesaria para completar la solicitud. Si el paciente/garante no facilita la información solicitada en el plazo previsto, BH podrá implementar una ECA.
 - Si el paciente/garante presenta una solicitud completa de ayuda financiera en virtud del Programa FA después de que se haya implementado 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.
- Si el paciente/garante establece un acuerdo de pago con BH, BH puede iniciar una ECA después de tres impagos consecutivos.
- vi. Gestiones de cobro de terceros. Si BH transfiere o vende una deuda de un paciente a un tercero durante el período de solicitud, el acuerdo escrito debe obligar a dicho tercero a cumplir las disposiciones pertinentes de la Sección III.D de esta política, así como todas las disposiciones aplicables de la Ley de Políticas de Precios Justos en Hospitales. El acuerdo también obligará a dicho tercero a exigir las mismas disposiciones si este transfiere o vende la deuda a otra parte.
- e. Amortizaciones y ajustes.
- i. Elegibilidad. Independientemente de si un paciente es elegible para recibir ayuda financiera en el marco del Programa FA, BH proporcionará a los pacientes no asegurados un descuento del 100 % en un servicio cubierto y renunciará al BAI para cualquier paciente con seguro insuficiente si:
- el paciente se inscribe en Medicaid en los 12 meses *siguientes* a la prestación del servicio cubierto, o
 - el paciente se inscribe en Medicaid en el momento de la prestación del servicio cubierto, pero Medicaid no dispone de fondos para pagar el servicio cubierto o Medicaid rechaza la cobertura del servicio cubierto.
- ii. Autoridad de aprobación de anulaciones. Todas las amortizaciones y ajustes deben aprobarse de acuerdo con lo siguiente:
- Anulaciones/ajustes de hasta \$5,000: Debe contar con la aprobación del gerente de Servicios Financieros para Pacientes (PBM, por sus siglas en inglés)
 - Amortizaciones/ajustes iguales o superiores a \$5,000: Debe contar con la aprobación del director de PBM. El director de PBM puede delegar esta facultad en el director financiero del hospital (CFO, por sus siglas en inglés).
- f. Reserva del derecho a solicitar reembolso de gastos a terceros. Si algún tercero es considerado legalmente responsable de cualquier parte de la factura de BH de un paciente, BH tratará de exigir el reembolso total a dicho tercero de todos los cargos incurridos por el paciente a la tarifa contractual o gubernamental aplicable o, si no hay una tarifa contractual o gubernamental aplicable, la tarifa de pago por cuenta propia aplicable, independientemente de si se proporcionó alguna ayuda financiera al paciente en el marco del Programa FA.
- g. Servicios fuera de la red y denegados. A los pacientes fuera de la red y a los pacientes cuyas solicitudes hayan sido denegadas por su compañía de seguros privada se les cobrará inicialmente la tarifa de pago por cuenta propia aplicable por todos los servicios cubiertos.

IV. Procedimiento/intervenciones:

A. N/A

V. Documentación de procedimiento:

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 Impuestos Internos, Sección 501(r)
- C. Sección 127400 et. seq. del Código de Salud y Seguridad de California
- D. Código de Bienestar e Instituciones de California, Sección 14124.74
- E. De §1.501(r)-1 a §1.501(r)-7 del Título 29 del CFR
- F. Aviso 2015-46, Boletín Informativo de Impuestos Internos 2015-28 (13 de julio de 2015)
- G. Páginas 78954 a 79016 del tomo 79 del Registro Federal

VIII. Otras políticas/procedimientos relacionados:

- A. Política de Ayuda Financiera de Banner Health para pacientes en hospitales (núm. 770)
- B. Política de Ayuda Financiera para instalaciones no hospitalarias de Banner Health (núm. 1455)

IX. Palabras y frases clave:

- A. Programa de Ayuda Financiera
- B. Programa de Ayuda al Paciente
- C. Pacientes no asegurados
- D. Facturación
- E. Cobros
- F. Atención de Caridad
- G. Descuento por cuenta propia

X. Anexo:

- A. Lista de proveedores hospitalarios

ANEXO A:

Lista de proveedores hospitalarios

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

Departamento o grupo	Cubierto	No cubierto
Banner Medical Group – Médicos hospitalistas	X	
Proveedores no pertenecientes a Banner ¹ – Hospitalistas		X
Banner Medical Group – Intensivistas	X	
Proveedores no pertenecientes a Banner ¹ – Intensivistas		X
Banner Medical Group – Especialistas ²	X	
Proveedores no pertenecientes a Banner ¹ – Especialistas ²		X
Proveedores no pertenecientes a Banner ¹ – Anestesiólogos		X
Banner Medical Group – Telemedicina	X	
Proveedores no pertenecientes a Banner ¹ – Telemedicina		X
Servicios de ambulancia terrestre pertenecientes a Banner	X	
Servicios de ambulancia terrestre de Banner Health		X

Este anexo se revisará trimestralmente y se actualizará en caso necesario. Las revisiones de la Lista de Proveedores Hospitalarios que figuran en este Anexo no requieren la aprobación del Consejo de Administración de BH.

¹ Los proveedores que no pertenecen a Banner y que han firmado un contrato con Banner para prestar servicios de facturación se consideran entidades cubiertas.

² Especialistas incluye, entre otros aspectos: sala de emergencias, cirujanos, radiólogos, trabajo de parto y parto y proveedores de trauma.