



## Póliza de Asistencia Financiera

Mammoth Hospital ha revisado las publicaciones de la Asociación de la Salud de California (California Healthcare Association) con respecto a la implementación de la legislación del 2006 AB774 y las recientes enmiendas a la ley (SB1276) y el IRS 501(r), acerca de las pólizas para la Asistencia Financiera. Mammoth Hospital deberá proveer Asistencia Financiera médicamente necesaria a todos los pacientes elegibles conforme a los requerimientos de elegibilidad y las reglas descritas en este documento. El personal publicara de aquí en adelante una Póliza de Asistencia Financiera para que sea disponible para los pacientes.

El personal adoptara, mantendrá, y publicara pólizas específicas, como también, procedimientos específicos con respecto a las polémicas, avisos para pacientes, normas de recopilación de deuda y prácticas empresariales.

Una copia de la publicación de la Póliza de Asistencia Financiera y toda enmienda o políticas modificadas serán proporcionadas al Estado de California, Oficina Estatal de Planificación de la Salud y el Desarrollo (OSHPD, por sus siglas en inglés)) en acuerdo con OSHPD indicado por el procedimiento de archivamiento. (Véase por lo general, el Título 22 del Código de Regulaciones de California (CCR), §§ 96040, et seq.)

### Propósito:

Esta póliza está planificada para:

1. Definir las formas de Asistencia Financiera disponible y el criterio de elegibilidad asociado; y
2. Establecer los pasos que los pacientes deberán seguir para solicitar Asistencia Financiera y el proceso que el hospital seguirá en la revisión de las solicitudes para Asistencia Financiera; y
3. Proporcionar un medio de revisión en el evento de una disputa acerca de una determinación de Asistencia Financiera; y
4. Proporcionar directrices administrativas y de contabilidad para asistir con la identificación, clasificación, y reporte de Asistencia Financiera; y
5. Establecer los pasos que los pacientes deberán seguir para pedir una estimación de su responsabilidad financiera por los servicios, y los procesos que el hospital deberá seguir para proporcionar estas estimaciones a los pacientes.

6. Definir los descuentos disponibles para los pacientes sin seguro médico para servicios para pacientes internos, ambulatorios y clínicas proporcionados en SMDH.

### **Alcance / Pertinencia**

Estas pólizas se aplican a todos los servicios de hospitalización y servicios ambulatorios del hospital en el cual SMHD lleva a cabo la facturación por servicios (en la mayoría de los casos incluye los honorarios profesionales del médico).

### **Definiciones:**

1. **Servicios Cubiertos:** Servicios Cubiertos son todos los servicios que son médicamente necesarios excepto aquellos servicios que son Servicios Electivos que requieren aprobación de la administración, definidos más abajo como Servicios sin Cobertura.

2. **Atención de Urgencias:** La Atención de Urgencias es cualquier servicio para condiciones que ponen en riesgo la vida, la pérdida potencial de una extremidad o incapacidad si la atención es demorada (típicamente el servicio comienza en el departamento de emergencias y el paciente no es dado de alta hasta después de que la Atención de Urgencias es proveída).

3. **Servicios Electivos que Requieren Aprobación Administrativa Previa:** Debido a su naturaleza única, ciertos servicios que no son de urgencia requieren aprobación administrativa antes de la admisión y entrega de servicios. Generalmente, los pacientes quienes buscan servicios complejos, especializados, o de alto costo (por ejemplo, procedimientos experimentales, trasplantes, procedimientos cosméticos) deben recibir aprobación administrativa antes de la entrega de servicios. Aquellos pacientes que buscan recibir tales servicios no son elegibles para la Asistencia Financiera, Asistencia Financiera Parcial, Asistencia Financiera Catastrófica, o Asistencia Financiera por Costos Médicos Altos, a menos que la administración del hospital haga una excepción (sólo residentes del Condado de Mono serán considerados). SMHD desarrollará un proceso para los pacientes quienes son residentes del Condado de Mono para buscar aprobación administrativa previa a los servicios. Si un paciente recibe un servicio que requiere aprobación administrativa previa sin obtenerla, el paciente recibirá Asistencia Financiera Parcial o Asistencia Financiera por Costos Médicos Altos si ellos reúnen los requisitos bajo esta póliza: si ellos no los reúnen, ellos deberán recibir un Descuento al Paciente sin Seguro médico y Descuento por Pago Rápido si el pago es hecho prontamente de acuerdo con esta póliza.

4. **Paciente sin Seguro Médico:** Un paciente sin Seguro Médico es un paciente quien no tiene una fuente de pago para ninguna porción de sus costos médicos, incluyendo sin limitación, seguro comercial u otro, programas de atención médica auspiciados por el gobierno o tercera persona responsable, o cuyos beneficios bajo el seguro médico han sido agotados antes de la admisión.

**5. Idioma Principal del Área de Servicio de Mammoth:** El idioma principal de la población local de SMHD es inglés.

**6. Ingreso Familiar:** El ingreso familiar se entiende como las ganancias anuales de la familia durante los 12 meses anteriores o los impuestos del año anterior presentados en talones de pago recientes o en la declaración de impuestos, restando los pagos por pensión conyugal y manutención de los hijos. La prueba de los ingresos puede ser determinada por el promedio de sueldo anual de la familia, considerando el promedio de sueldos. Para los pacientes mayores de 18 años la familia del paciente incluye su esposa, conviviente, y niños dependientes menores de 21 años de edad, residan o no en el hogar. Para pacientes menores de 18 años, la familia del paciente incluye a sus padres, parientes que lo cuidan, y otros niños menores de 21 años de edad de los padres o parientes que los cuidan.

**Póliza**

**\*\* La Asistencia Financiera está disponible para los pacientes que reúnen los requisitos necesarios, que reciben Servicios Cubiertos y quienes siguen los procedimientos aplicables (tal como completar solicitudes y proporcionar información requerida).**

**A. Asistencia Financiera:** El término Asistencia Financiera se refiere a Atención de Caridad Completa y Parcial, Atención de Caridad por Circunstancias Especiales, Atención de Caridad Catastrófica y Atención de Caridad por Costos Médicos Altos, descuento de pacientes sin seguro médica, descuento de pronto pago y plan de pago prolongado.

**1. Atención de Caridad Completa:** La Asistencia Financiera completa es un ajuste completo de los cobros del hospital sin descuento por Servicios Cubiertos. La Asistencia Financiera Completa, disponible a todos los pacientes:

a. Donde el ingreso de la familia es 200% o menos de 200% del Índice Federal de Pobreza Familiar (dependiendo de los ingresos); y

b. Quienes no tienen otras fuentes de pago para ninguna porción de sus gastos médicos, incluyendo sin ninguna limitación, seguro comercial u otro, programas de beneficio de atención médica auspiciada por el gobierno u obligación de terceras personas;

**2. Atención de Caridad Parcial:** La Asistencia Financiera Parcial es un ajuste parcial de los cobros sin descuento por Servicios Cubiertos del hospital, disponible a todos los pacientes:

a. Quienes no tienen una fuente de pago para ninguna porción de sus gastos médicos, incluyendo sin limitación, seguro comercial u otro, programas de beneficio de atención médica auspiciada por el gobierno u obligación de terceras personas; Y

b. Para pacientes cuyo Ingreso Familiar son entre el 201% - 450% del Índice Federal de Pobreza Familiar (dependiendo de los ingresos) más reciente, SMHD deberá proporcionar un descuento de 40% - 90% por los servicios proveídos que no han sido descontados (es decir, descuentos por servicios cosméticos). SMHD deberá limitar los pagos que se esperan por servicios de hospitalización al precio más alto que el hospital debería anticipar, en buena fe, ser remunerado por un programa de gobierno en el cual el hospital participa.

**3. Atención de Caridad de Circunstancias Especiales:** La Asistencia Financiera de Circunstancias Especiales permite que los Pacientes sin Seguro Médico quienes no cumplen con el criterio de Asistencia Financiera descrito en la sección 1 o 2, anteriormente, o quienes no pueden seguir los procedimientos especificados del hospital, para recibir un ajuste completo o parcial de los cobros de hospital por Servicios Cubiertos sin descuento, con la aprobación del Jefe de Finanzas de SMHD o su designado. El hospital debe documentar la decisión, incluyendo las razones por las

que el paciente no cumple con el criterio regular. La siguiente es una lista no exhaustiva de algunas situaciones que pueden calificar como Asistencia Financiera de Circunstancias Especiales:

a. Bancarrota: Los pacientes están en bancarrota o recientemente completaron el proceso de bancarrota (por ejemplo: liquidación de deuda).

b. Pacientes sin hogar: Pacientes sin una fuente de ingreso para pagar si no tienen trabajo, dirección postal, residencia, o seguro médico.

c. Fallecidos: Pacientes fallecidos sin seguro médico, una herencia o cobertura por terceras personas.

d. Medicare: Los pacientes elegibles por ingresos para Medicare pueden aplicar para Asistencia Financiera por hospitalizaciones negadas, días de cuidado negados, servicios sin cobertura y costo compartido de Medicare;

e. Medi-Cal: Los pacientes elegibles por ingresos de Medi-Cal pueden aplicar para Asistencia Financiera por hospitalizaciones negadas, días de cuidado negados, y servicios sin cobertura; sin embargo, los pacientes no pueden recibir Asistencia Financiera para el costo compartido de Medi-Cal. Las personas que reúnen los requisitos para programas tales como Medi-Cal pero cuyo estado de elegibilidad no está establecido por el periodo durante el cual los servicios médicos fueron rendidos pueden solicitar la Asistencia Financiera.

**4. Atención de Caridad Catastrófica:** La Atención Médica Caritativa Catastrófica es un ajuste parcial de la responsabilidad de pago, por Servicios Cubiertos, para un Paciente sin Seguro Médico que es aplicado cuando la responsabilidad de pago de un Paciente sin Seguro Médico excede el 30% del Ingreso Familiar. Los pacientes que reúnen los requisitos para la Atención Médica Caritativa Catastrófica recibirán un ajuste completo de los cobros sin descuento por Servicios Cubiertos que exceden el 30% del Ingreso Familiar.  $[\text{Responsabilidad de pago del Paciente sin Seguro Médico por cargos sin descuento por Servicios Cubiertos}] - [\text{Ingreso Familiar} * 30\%] = \text{Ajuste por Atención Médica Caritativa.}$

**5. Atención Médica Caritativa de Costos Médicos Altos (para pacientes con Seguro Médico):** La Atención Médica Caritativa de Costos Médicos Altos es para pacientes con Seguro Médico ("Atención Médica Caritativa de Costos Médicos Altos") es un ajuste parcial de los cobros sin descuento del hospital por Servicios Cubiertos. La Atención Médica Caritativa de Costos Médicos Altos no está disponible a los pacientes que reciben servicios que ya tienen descuento (por ejemplo, descuentos por servicios cosméticos). Para servicios de hospitalización proporcionados a pacientes que califican para la Atención Médica Caritativa de Costos Médicos Altos, SMHD deberá limitar los pagos que se esperan por servicios de hospitalización al precio más alto que el hospital debería anticipar, en buena fe, ser remunerado por un programa de gobierno

en el cual el hospital participa. Este descuento está disponible a los pacientes con seguro médico quienes cumplen con el siguiente criterio:

- a. El ingreso familiar del paciente es menos de 450% del Índice Federal de Pobreza Familiar (dependiendo de los ingresos);
- b. El paciente o los gastos médicos de la familia del paciente por Servicios Cubiertos (incurridos en una instalación de SMHD o pagado a otro proveedor dentro de los 12 meses pasados) excede el 10% del Ingreso Familiar del paciente; y
- c. El seguro médico del paciente no ha proveído un descuento al cobro del paciente (por ejemplo, el paciente es responsable de pagar los cobros sin descuento).

**6. Descuento a Pacientes sin Seguro Médico:** El Descuento a Pacientes sin Seguro Médico es un ajuste de una porción de los cobros del hospital por Servicios Cubiertos sin descuento realizado cuando se prepara el cobro por servicios del hospital oh clínicas rendidos a un Paciente sin seguro médico. El descuento de SMHD **para Pacientes sin Seguro es 35%**. El Descuento a Pacientes sin Seguro Médico no aplica a los pacientes que califican para atención médica caritativa o reciben servicios que ya tienen descuentos (por ejemplo, descuentos por servicios cosméticos). El costo por caso individual y por paquete de servicios no debería resultar en pagos anticipados que son menos de lo que la institución hospitalaria esperaría si el descuento para Pacientes sin Seguro Médico hubiera sido aplicado a los cobros por servicios sin descuento. Los pacientes quienes son responsables por una cuenta de hospital que no es cubierta o descontada por ningún tipo de seguro médico o programa de gobierno, o cuyos beneficios bajo su seguro han sido agotados antes de ser admitidos al hospital, son elegibles para un Descuento para una persona sin seguro médico si el paciente o el tutor del paciente verifica que él o ella no sabe de ningún derecho a seguro médico o beneficio de un programa de gobierno que cubriría o proporcionaría un descuento para el cobro. El seguro médico en este caso incluye pero no está limitada a cualquier HMO, PPO, cobertura por indemnización, o un plan de seguro médico dirigido al consumidor. La elegibilidad del paciente para pagos con descuento no pagará cantidades mayores de lo que el hospital recibiría de Medicare, Medi-Cal u otros programas auspiciados por el gobierno.

**7. Descuento por Pago Rápido:** Mammoth Hospital ofrece un (25%) descuento de la cantidad que debe el paciente, el cual es aplicado después de todos los otros descuentos, sí el paciente paga cuando recibe los servicios o dentro de 30 días después de que SMHD envía el último cobro o cuenta detallada por correo.

**8. Plan de Pago Prolongado:** En cualquier Atención Médica Caritativa Parcial o de Descuentos para pacientes sin seguro médico, el hospital debe permitir que los pagos del precio descontado sean prolongados. El hospital y el paciente pueden negociar los términos del plan de pago y tomar en consideración el ingreso familiar del paciente y los gastos esenciales del diario vivir. Si el hospital y el paciente no pueden llegar a un acuerdo para un plan de pago, el hospital debe usar la fórmula reglamentaria para

crear un plan de pago razonable, definido como pago mensual que no sea más de un 10% del ingreso familiar del paciente por un mes, excluyendo deducciones para gastos esenciales del diario vivir.

En conformidad con nuestra misión, SMHD se esfuerza por asegurar que la capacidad de financiamiento de las familias quienes necesitan servicios de atención médica no les impide el buscar o recibir dicha atención. SMHD está comprometido a servir a su comunidad y sus necesidades. Adicionalmente, esta póliza cumple con los requerimientos Estatales y Federales, en particular AB774SB 1276.

### **Departamento Responsable**

La implementación, entrenamiento, y la supervisión del cumplimiento con esta póliza y sus procedimientos son la responsabilidad del Departamento de Servicios Financieros del Paciente (Patient Financial Services).

### **Sanciones**

Las violaciones de esta póliza y sus procedimientos pueden resultar en medidas disciplinarias para el empleado involucrado, incluyendo el despido.

### **Renovación/Revisión**

Esta póliza y sus procedimientos deben ser revisados anualmente para determinar si cumplen con las actuales recomendaciones, guías, mandatos, estatutos, prácticas, y operaciones de Mammoth Hospital. En el evento de que requieran cambios, la póliza y sus procedimientos serán actualizados, como sea necesario.

## **PROCEDIMIENTOS**

### **A. Aplicación para Asistencia Financiera:**

1. Un Paciente Sin Seguro Médico quien indica la imposibilidad económica para pagar una cuenta por un Servicio Cubierto debe ser evaluado para Asistencia Financiera. Para reunir los requisitos como un Paciente sin Seguro Médico, el paciente o el tutor del paciente debe verificar que él o ella no está en conocimiento de ningún derecho a seguro médico o beneficios de un programa de gobierno que cubriría o proporcionaría un descuento a la cuenta.

2. El formulario de la aplicación estandarizada por SMHD, “Aplicación para Asistencia Financiera” (“Financial Assistance Application”), será usada para documentar la situación financiera general de cada paciente. Esta aplicación deberá estar disponible en el idioma principal del área de servicio de SMHD. Los documentos e información requeridos para considerar elegibilidad son: declaración de impuestos, Forma W-2, estado de cuenta bancaria, talón de pago o talón de pago de desempleo/incapacidad, y verificación de empleo. Una declaración de crédito puede ser presentada para facilitar el proceso de elegibilidad.

3. Si un paciente sin Seguro Médico no completa el formulario de la aplicación dentro de 30 días de recibir la cuenta, el hospital notificará al paciente que la aplicación no ha sido recibida y proveerá recordatorios mensuales al paciente hasta la fecha de vencimiento de la entrega de la aplicación.

4. Fecha de Vencimiento para Entregar la Aplicación de Atención Médica Caritativa (Charity Application Timely Filing/Deadline): El Tutor/Paciente debe aplicar/entregar la Aplicación de Atención Médica Caritativa dentro de 240 días del calendario, refiriéndose, a que comienza a contar desde el primer día en que la factura fue enviada por correo al paciente/tutor pidiendo el pago por los servicios proporcionados. Si el período excede 240 días desde el envío de la carta exigiendo el pago, la consideración de su aplicación será negada.

### **B. Determinación de Asistencia Financiera y Notificación:**

#### **1. Determinación:**

a. SMHD considerará la Aplicación de Asistencia Financiera de cada solicitante y concederá asistencia financiera cuando el paciente cumpla con los requerimientos de elegibilidad y ha recibido (o recibirá) Servicio(s) Cubierto(s).

b. SMHD puede hacer la aprobación de asistencia financiera contingente a la aplicación del paciente para asistencia de un programa del gobierno o a través de Covered California (California Cubierta), lo cual puede ser prudente si el paciente en particular requiere servicios regulares.

c. En el proceso de determinar si una persona reúne los requisitos para asistencia financiera, otros programas de asistencia del condado y gobierno deberían también ser considerados. Muchos solicitantes no saben que ellos pueden ser elegibles para asistencia tal como Medi-Cal, Víctimas de Crimen Servicios para Niños de California o Covered California “California Cubierta.”



- d. SMHD debería asistir a la persona en determinar si es elegible para asistencia del gobierno u otra ayuda.
- e. En los casos donde la aprobación administrativa es requerida, el hospital considerará el requerimiento por servicio de manera oportuna y proveerá una respuesta por escrito.

## **2. Pacientes que no Cooperan y Pacientes que no Cumplen:**

a. **Los pacientes que no cooperan** son definidos como reluctante a entregar cualquier información financiera, tal y como, es requerido por Medi-cal y/o la determinación de atención médica caritativa durante el proceso de revisión. En estos casos, la cuenta no será procesada como atención médica caritativa. El paciente será informado que a menos de que él/ella cumpla con los requisitos y provea la información no se podrá dar más consideración al proceso de asistencia financiera y que comenzara el proceso para cobrar la cuenta.

b. **Los pacientes que no cumplen** son definidos como pacientes quienes no proporcionan toda la documentación para la revisión de Medi-Cal, pero califican para asistencia financiera. En estos casos, el Consejero Financiero puede procesar la cuenta para asistencia financiera, y ponerla bajo la clasificación de financiamiento pendiente, y se mantendrá así, hasta que la instalación hospitalaria procese un ajuste de cancelación de deuda por **asistencia financiera**.

## **3. Proceso de Aplicación Abreviado:**

El hospital puede establecer un proceso de verificación para la aplicación abreviada y verificación para servicios de bajo costos. Para estos servicios, el departamento de registración o el Consejero Financiero deben como mínimo documentar el tamaño de la familia y el ingreso familiar bruto, para poder determinar el nivel de descuento de caridad, si alguno. En lugar de documentación de ingresos, el hospital debe, como mínimo, obtener un informe de crédito para estar ciertos de que el paciente o el tutor del paciente parece tener un crédito congruente con el ingreso proveído. Por ejemplo, si el paciente informa \$1,000 de ingreso bruto mensual pero está haciendo un pago de una hipoteca alta junto con pagos por varias tarjetas de crédito, el hospital debe requerir verificación de ingresos adicional. Si un informe de crédito no está disponible, documente ese hecho en las notas del paciente. Ninguna otra acción es requerida.

## **4. Procedimiento para el uso de navegador de pago Passport Health Payment Navigator**

El navegador de pago es una verificación de financiamiento automática que produce una determinación justa, equilibrada, y actual del potencial del paciente para recibir asistencia financiera y la tendencia a pagar. En Mammoth Hospital el consejero financiero tendrá acceso a este servicio con la información de crédito obtenida de Experian para ser usada para ayudar a determinar si un paciente reúne los requisitos para asistencia financiera/atención médica caritativa. El consejero financiero está autorizado para acceder la información de crédito del paciente con el solo propósito de determinar elegibilidad para asistencia financiera/atención médica caritativa. Esta información es estrictamente confidencial y para ser usada solo por el consejero financiero, Administrador de Cuentas Financieras y Jefe Ejecutivo de Finanzas en conjunto con las pólizas de asistencia financiera/atención médica caritativa de

Mammoth Hospital para determinar elegibilidad. Cada informe de crédito obtenido junto con la otra información pertinente para un paciente específico será destruido después de la revisión hecha por el consejero financiero.

**Notificación:**

**a. Cronología para Determinar Elegibilidad:** Es conveniente determinar la cantidad de asistencia financiera para la cual el paciente reúne los requisitos lo más cercano a la fecha de servicio como sea posible, no hay un límite rígido de tiempo para llegar a una determinación. En algunos casos, la elegibilidad es aparente mientras en otros casos más información es requerida para determinar elegibilidad. En algunos casos, un paciente que reúne los requisitos para Asistencia Financiera puede no haber sido identificado antes de haber iniciado la acción de cobro externa. La agencia externa de cobros de SMHD deberá ser informada de esta póliza para que la agencia sepa derivar de vuelta al hospital las cuentas de pacientes que pueden ser elegibles para Atención de Caridad.

**b. Carta de Notificación:** Una vez que una determinación ha sido hecha para Atención de Caridad Completa o Parcial, Atención de Caridad Catastrófica, o Atención de Caridad para Costos Médicos Altos, una Carta de Notificación de Caridad será enviada a cada solicitante informándoles de la decisión de SMHD.

**c. Resolución de Conflictos:** En el evento de un conflicto acerca de la aplicación de esta póliza, un paciente puede buscar revisión del hospital empezando por notificar al Directo de Finanzas (CFO) de SMHD o su designado, de las bases de cualquier disputa y el resultado deseado. La comunicación por escrito debe ser entregada dentro de treinta (30) días desde que el paciente se dio cuenta de las circunstancias que crearon el conflicto. El CFO o su designado deberán revisar las preocupaciones e informar al paciente de cualquier decisión por escrito.

**d. Contabilidad:** La información relacionada a la asistencia financiera debe ser fácilmente accesible. SMHD debe mantener información acerca del número de pacientes sin seguro de salud quienes han recibido servicios, el número de solicitudes para asistencia financiera completadas, el número de ellas aprobadas, el valor estimado en dólares de los beneficios proveídos, el número de solicitudes denegadas y las razones para la negación. Adicionalmente, las notas acerca de cada solicitud de asistencia financiera y su aprobación o negación deben ser añadidas en la cuenta del paciente.

**e. No Tergiversación:** SMHD o sus agentes no deberán falsificar esta póliza a sus pacientes o los tutores del paciente de ninguna manera.

**h. Presentación a OSHPD:** El 1 de enero de cada año SMHD deberá enviar copias de su Póliza de Atención Médica Caritativa y Descuento a la Oficina de Planificación y Desarrollo de Salud del Estado de California (OSHPD). La entrega de las pólizas debe ser hecha en forma congruente con la forma prescrita por OSHPD.

## **COMUNICACIÓN DE DISPONIBILIDAD DE ASISTENCIA FINANCIERA:**

**A. Información proporcionada a los pacientes:** Durante pre-admisión o registro (o tan pronto como se pueda y cuando se pueda) SMHD deberá proporcionar:

1. A todos los pacientes información acerca de las pólizas de atención médica caritativa y descuento.
2. A los pacientes a quienes el hospital identifica como pacientes sin seguro médico con una aplicación de asistencia financiera substancialmente similar a la aplicación de asistencia financiera estandarizada de SMHD, "Financial Assistance Application". Cualquiera y todas las aplicaciones por Cobertura a las que el paciente puede reunir los requisitos tales como Medi-Cal, Víctimas de Crimen, Servicios de Niños de California o California Cubierta.

**B. Publicaciones y otras Notificaciones:** La información acerca de Asistencia Financiera deberá además ser proporcionada como sigue:

1. Publicando notificaciones de manera visible en lugares donde hay un volumen alto de hospitalizaciones o registro/admisión de pacientes ambulatorios, incluyendo pero no limitados al departamento de emergencias, oficina de contabilidad, oficina de admisiones, y otros lugares de servicios de hospital ambulatorios.

**C. Aplicaciones Proporcionadas al momento de Dar de Alta:** Si no se les ha proporcionado previamente, SMHD deberá proveer a los pacientes sin Seguro Médico, las aplicaciones para Medi-Cal, California Children's Services, o Covered California.

**D. Lenguajes:** Todas las notificaciones/comunicación proveídas en esta sección deben estar disponibles en inglés y otro lenguaje representativo de un 5% de la población que recibe servicios y de manera consistente con todas las leyes y regulaciones aplicables del estado y federales.

**E. Notificación a los Pacientes sin Seguro Médico la Responsabilidad de Pago Estimada:** Por ley, los pacientes sin seguro médico tienen derecho a recibir una estimación de su responsabilidad de pago por servicios de hospital. Excepto en el caso de servicios de emergencia, SMHD deberá notificar a los pacientes a quienes el hospital identifica que pueden no tener seguro médico que ellos pueden obtener una estimación de su responsabilidad de pago por servicios de, y proporcionar estimaciones a los pacientes quienes lo piden. Las estimaciones deben ser por escrito, y ser proporcionadas durante horas de negocios normales. Las estimaciones deberán proveer al paciente con un cálculo de la cantidad que SMHD requerirá que el paciente pague por los servicios de atención médica, procedimientos, y suministros que se espera razonablemente que sean proveídos al paciente por el hospital, basados en el largo promedio de hospitalización y los servicios proporcionados por el diagnóstico del paciente.

F.

Un paciente determinado para ser elegible para la ayuda financiera no puede ser cargado más que los montos generalmente facturados por emergencia u otro cuidado médicamente necesario a los pacientes que tienen seguro para tal cuidado.

El Hospital de Mammoth utiliza el método Look-Back para determinar las cantidades generalmente facturadas a personas que tienen seguro que cubren emergencias u otros cuidados médicamente necesarios.

El porcentaje se calcula utilizando todas las reclamaciones permitidas por los contribuyentes del gobierno, para los servicios de clínica hospitalaria y médica. El pago total esperado de las reclamaciones permitidas se divide por los cargos totales facturados por las mismas reclamaciones. Los porcentajes se actualizarán anualmente. Los pacientes decididos a ser elegibles para recibir asistencia financiera no serán cargados más que los montos generalmente facturados para emergencias u otros cuidados médicamente necesarios. Los pacientes elegibles con cobertura de seguro no serán personalmente responsables de pagar más que de los montos generalmente facturados después de que todos los pagos por el asegurador de salud hayan sido aplicados.

**G. Confidencialidad del Paciente:** Toda la información financiera del paciente obtenida con el propósito de determinar atención médica caritativa, descuentos al paciente, y cobros, y/o cobros morosos son requeridas a ser mantenidas en estricta confidencia. La divulgación de tal información es limitada a aquellos que participan en la evaluación de la elegibilidad de un paciente para asistencia financiera. La divulgación de información financiera confidencial de un paciente sin autorización está estrictamente prohibida y está sujeta a acción disciplinaria a ser determinada por el CFO.