



Documento de pólizas/procedimientos	
Categoría/fuente:	
Fecha de creación:	1/MAR/1995
Número de póliza:	
Fecha de la última revisión:	30/NOV/2017
Fecha de la última observación:	7/ENE/2018
Vencimiento de próxima revisión:	1/ENE/2020
Dueño de la póliza:	Director ejecutivo de Ciclo de Ingresos
Aprobaciones requeridas:	Jefe de finanzas Junta directiva

TÍTULO: Política de Asistencia Financiera

ALCANCE: Los pacientes de Elkhart General Hospital que reciben cuidados de emergencia o médicamente necesarios

PROPÓSITO:

- Asegurar la transparencia, la coherencia y la lealtad hacia los pacientes sin seguro médico (particulares) y establecer pautas para proporcionar una corrección financiera para los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que obtienen servicios médicamente necesarios o de emergencia en Elkhart General Hospital. Esta política asegura que Elkhart General Hospital es compatible con la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y la sección 501(r) del Código de Rentas Internas, que requieren que los hospitales sin fines de lucro limiten los importes cobrados a los pacientes sin seguro por una emergencia y otro tipo de atención médica necesaria a no más de los importes que suelen cobrarse a los pacientes asegurados.
- Identificar a los pacientes no asegurados por su capacidad de pago, la posible elegibilidad para los programas de cobertura de salud o cobertura de terceros, y todos los recursos disponibles con el fin de identificar los casos de caridad en el momento oportuno. Los programas de cobertura de salud pueden incluir, entre otros, Medicaid, programas de ahorros de Medicare, planes de seguro subvencionados a través de los programas locales del Mercado de Seguros de Salud o la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés), Exchange u otro programa local, estatal o federal. Para calificar para la asistencia financiera, un individuo debe solicitar y cumplir con la solicitud de cualquier otra fuente de pago posible.
- Proporcionar los procedimientos de asistencia para postularse para el programa, el método de solicitud de ayuda financiera de Elkhart General Hospital, la política para la base de cálculo de la elegibilidad para atención gratuita o con descuento y las medidas que el hospital puede tomar en caso de no pagar.

POLÍTICA/PROCEDIMIENTO:

Independientemente de la capacidad del individuo para pagar o calificar en virtud de esta Política de Asistencia Financiera, Elkhart General Hospital proporcionará, sin discriminación alguna, atención para afecciones médicas de emergencia de conformidad con la Ley de Tratamiento de Urgencias Médicas y Trabajo de Parto (EMTALA, por sus siglas en inglés) de 1986.

No se podrá desalentar a nadie a que busque atención de emergencia.

No se podrá excluir a nadie para que sea considerado para ayuda financiera con base en edad, color, credo, origen étnico, género, nacionalidad, discapacidad física, raza o religión.

Los pacientes que no tienen seguro médico (particulares) recibirán un descuento del 35% en sus cargos brutos. Este descuento se aplica a todos los servicios del hospital, y es exclusivo de cualquier otro descuento o aceptación del Programa de Asistencia Financiera.

Este Programa de Asistencia Financiera se aplica a los servicios prestados y facturados por Elkhart General Hospital. No se aplica a los médicos que pueden proporcionar servicios a los pacientes del hospital. Consulte el Anexo 2 para ver una lista de grupos de proveedores que no están cubiertos por esta política.

Con el fin de gestionar sus recursos de manera responsable y permitir que Elkhart General Hospital pueda proporcionar un nivel adecuado de asistencia a la mayor cantidad de personas posible, se han establecido las siguientes pautas para la prestación de asistencia financiera.

Definiciones:

- Importe generalmente facturado (AGB, por sus siglas en inglés): Elkhart General Hospital aplicará el "método de mirar hacia atrás" para la determinación de este importe. En particular, Elkhart General Hospital determinará el importe generalmente facturado para casos de emergencia u otra atención médicamente necesaria al multiplicar los cargos brutos por el porcentaje AGB.
- Porcentaje de AGB: Elkhart General Hospital calculará el porcentaje de AGB al menos una vez al año al dividir (1) la suma de los pagos de todas las reclamaciones admitidas durante el período de doce meses en el año calendario anterior por el pago de servicios de Medicare y todas las aseguradoras privadas de salud que pagan reclamaciones al hospital por (2) la suma de los cargos brutos correspondientes para esas reclamaciones.
- Servicios estéticos: los servicios y los procedimientos que mejoran el bienestar del paciente no suelen estar cubiertos por ningún seguro y están categóricamente excluidos de cualquier tipo de asistencia financiera o económica.
- Servicios de emergencia: un accidente de emergencia, es decir, un evento externo repentino que causa daños personales, o una enfermedad de emergencia, es decir, la aparición súbita de síntomas agudos de tal severidad que la ausencia de atención médica inmediata podría resultar en consecuencias médicas graves. O como se define en la Sección 1867 de la Ley de Seguro Social.
- Servicios electivos: los servicios y procedimientos que son necesarios para apoyar la salud y el bienestar del paciente o que no se consideran médicamente necesarios. Estos servicios son elegibles para ser considerados en virtud de esta política. Se puede requerir una orden médica que contenga la razón del examen o el procedimiento.
- FAP: Programa de Asistencia Financiera como se define en esta política
- Cargo bruto: es un precio establecido, cotizado en la lista de cargos del hospital, por un servicio o un artículo que se cobra de manera consistente y uniforme a todos los pacientes antes de aplicar las deducciones contractuales, los descuentos o las deducciones.
- Unidad de hogar: una o más personas que viven juntas y están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción (es decir, los padres y los niños que se presentan como dependientes en su declaración de impuestos); o que residen juntos y comparten los bienes comunes, tales como tarjetas de crédito, cuentas bancarias o bienes raíces. Los pacientes mayores de 18 años, como los hijos adultos que viven con sus padres, hermanos o amigos no se consideran parte de la unidad familiar a menos que dichas personas estén legalmente obligadas por las deudas del paciente.
- Ingresos: los ingresos incluyen sueldos y salarios, ingresos por intereses, ingresos por dividendos, seguro social, indemnizaciones por accidentes laborales, pagos por discapacidad, indemnización por desempleo, renta comercial, pensiones y anualidades, ingresos agrícolas,

alquileres y regalías, herencias, beneficios de huelga y los pagos de pensión alimenticia. Los ingresos también se definen como los pagos por parte del Estado para la custodia legal o tutela.

- **Médicamente necesario:** a los fines de esta política, se define como un servicio que es necesario para tratar una afección que en la ausencia de atención médica podría resultar en poner en peligro la salud o la condición del individuo.
- **Resumen en lenguaje sencillo:** una declaración escrita de forma clara, concisa y fácil de entender que notifica a los individuos que Elkhart General Hospital ofrece ayuda financiera en virtud de un programa de asistencia financiera.
- **Particular o sin seguro:** un paciente que no tiene cobertura en virtud de un plan de seguro de salud, Medicare o Medicaid del estado, o cuya lesión no es una lesión indemnizable para efectos de la indemnización por accidente laboral, el seguro del automóvil u otro seguro determinado y documentado por el hospital.
- **Paciente con seguro de salud insuficiente:** el paciente o el tercero responsable con cobertura para el servicio de salud que pueden deber un importe extraordinario impagable debido a los ingresos de la unidad familiar.

Disponibilidad del Programa de Asistencia Financiera

Elkhart General Hospital difundirá la disponibilidad de asistencia con los siguientes métodos:

- En la entrada principal y puntos de registro del hospital, Elkhart General Hospital publicará y pondrá a disposición un resumen en lenguaje sencillo del Programa de Asistencia Financiera. El material enviado incluirá instrucciones sobre cómo obtener una versión impresa del resumen en lenguaje sencillo y el formulario gratuito para solicitar dicho programa.
- El resumen y la solicitud del Programa de Asistencia Financiera estarán disponible en línea en www.beaconhealthsystem.org/assist.
- En las declaraciones de los pacientes se incluirá información sobre cómo solicitar el Programa de Asistencia Financiera.

También se podrán obtener copias impresas de la Política de Asistencia Financiera y la solicitud:

- Llamando a Servicio al Cliente al (574) 523-3148
- Presentándose en la oficina del cajero ubicada en:
600 East Blvd., Elkhart, IN 46514
- Solicitándolas por correo por escrito a:
Elkhart General Hospital
A la atención de: Cuentas de Pacientes
615 N Michigan St.
South Bend, IN 46601

Los pacientes con deudas después de que los seguros paguen (por ejemplo, montos de deducibles, copagos y coaseguro) pueden ser elegibles para el Programa de Asistencia Financiera si se cumplen los requisitos de elegibilidad.

Los pacientes que han agotado los límites de la política son elegibles para el Programa de Asistencia Financiera si se cumplen los requisitos de elegibilidad. (Los saldos restantes de las cuentas después de que los límites de la póliza se agotan se consideran sin seguro y son elegibles para el Programa de Asistencia Financiera). Los pacientes de Medicare son elegibles para el Programa de Asistencia Financiera si se cumplen los requisitos de elegibilidad.

El paciente debe cooperar al suministrar toda la información del seguro y la responsabilidad civil. El paciente debe agotar la cobertura del seguro/responsabilidad civil antes de recibir asistencia financiera a través del Programa de Asistencia Financiera.

El paciente debe cooperar al buscar matricularse en todos los programas de cobertura de salud asequibles a los que pueda acceder antes de ser considerado para la aprobación de ayuda financiera.

Se presta asistencia con la evaluación y la inscripción como un servicio gratuito del hospital mediante profesionales de enlace de Indiana y asesores certificados en solicitudes.

Si la cuenta está en una agencia de cobro, el paciente todavía puede postularse para el Programa de Asistencia Financiera, siempre y cuando la fecha de servicio se encuentre dentro de los dos años de la fecha de solicitud.

Solicitud de asistencia

La elegibilidad del paciente para el Programa de Asistencia Financiera se determinará a través de un proceso de solicitud. El formulario de solicitud de asistencia financiera de Elkhart General Hospital es el formulario válido para el proceso de solicitud. La Política de Asistencia Financiera de Elkhart General Hospital y la solicitud estarán disponibles para todos los pacientes.

- Es necesaria una firma en la solicitud (el paciente, garante o representante legal). Es la responsabilidad del paciente/garante completar una solicitud de asistencia.
- La solicitud requiere que el paciente proporcione su nombre, dirección actual e información de contacto válida y los nombres y las edades de las personas en su hogar.
- La solicitud requiere que el paciente enumere todos los ingresos y sus fuentes.
- Se requiere documentación de toda la información proporcionada en la solicitud para completar la solicitud de asistencia. Elkhart General Hospital o la persona designada pueden utilizar otras fuentes para verificar o validar la información que se proporciona. También se podrá solicitar una declaración escrita de las personas que están manteniendo económicamente al solicitante si el ingreso actual o la falta del mismo no son suficientes para cubrir los gastos diarios.
- Hay disponibles profesionales de enlace de pacientes para ayudar a quienes quieran solicitar ayuda, disponibles durante el horario comercial en el hospital y en la oficina de Servicios Financieros. Puede ser necesaria la verificación de ingresos y una lista completa de todos los miembros del hogar.
- Se puede utilizar una solicitud del Programa de Asistencia Financiera para cubrir los servicios que se proporcionen hasta seis meses después de la fecha de aprobación de dicha solicitud.
- El paciente puede apelar la negación de la asistencia financiera por escrito:

Director Ejecutivo del Ciclo de Ingresos
615 N. Michigan St, South Bend, IN 46601

Cargos

Elkhart General Hospital no cobrará a los pacientes aprobados para recibir asistencia financiera en virtud de este Programa de Asistencia Financiera por emergencias u otra atención médicamente necesaria un valor mayor a los importes generalmente cobrados a las personas que tienen seguro; es decir, Elkhart General Hospital no cobrará a los pacientes aprobados para asistencia financiera en virtud de la presente Política por emergencias u otra atención médicamente necesaria más del cargo bruto por tal atención multiplicado por el porcentaje AGB. Consulte el porcentaje AGB en el Anexo 1.

Criterios de asistencia financiera

La política establecida permite que los pacientes sean elegibles para los beneficios por dos medios: financieros o catastróficos. El Programa de Asistencia Financiera también permite la asistencia parcial o plena con base en los criterios de elegibilidad establecidos en esta política.

Asistencia financiera

- Un paciente que califica para recibir asistencia financiera es una persona que no tiene seguro o tiene seguro insuficiente, recibe la atención médicamente necesaria y no puede pagar su factura.
- Para ser elegible para recibir asistencia en virtud de las pautas de asistencia financiera, el ingreso de una persona deberá ser igual o inferior al porcentaje del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) determinado por las Pautas Federales para determinar los índices de pobreza. (Consulte el Anexo 1 para ver una tabla de porcentajes de aprobación basados en el porcentaje del Nivel Federal de Pobreza). El tamaño y los ingresos del hogar determinan el porcentaje de Nivel Federal de Pobreza. Elkhart General Hospital o la persona

designada pueden considerar otros activos y pasivos de la persona para determinar la elegibilidad financiera.

- Elkhart General Hospital utilizará las pautas más actuales de los ingresos de pobreza emitidos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para determinar la elegibilidad de una persona para la asistencia financiera. Las pautas de los ingresos de pobreza se publican anualmente en el Registro Federal y, a los fines de esta política, entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente al mes de su publicación.
- Para calificar en virtud de la porción de Asistencia Financiera de esta política, se debe presentar una solicitud de Asistencia Financiera firmada y completa con comprobante de ingresos, comprobante de falta de ingresos, prueba de falta de bienes financieros y otros documentos requeridos.

Criterios de asistencia catastrófica

- Una persona que califica para recibir asistencia catastrófica es aquella cuyas facturas del hospital sobrepasan un determinado porcentaje de sus ingresos brutos anuales como se establece en esta política y que es incapaz de pagar el saldo restante.
- Para ser elegible para recibir asistencia catastrófica, el importe adeudado por el paciente debe exceder el ciento cincuenta (150) por ciento del ingreso bruto anual del paciente y el paciente debe ser incapaz de pagar el saldo restante. Elkhart General Hospital puede considerar otros activos y pasivos financieros de la persona al determinar la capacidad de pago.
- Si un paciente tiene activos en efectivo, esos activos se agregarán a sus ingresos al determinar la elegibilidad para recibir asistencia.
- Si se realiza una determinación de que un paciente tiene la capacidad de pagar el resto de la factura, tal determinación no impide realizar una nueva evaluación de su capacidad para pagar en una fecha posterior debido al cambio de sus circunstancias financieras.
- Después que se determine la elegibilidad en virtud de esta disposición, se brindará asistencia para descontar un 75% del saldo actual de la factura.

Factores a considerar para la asistencia financiera

Tamaño e ingresos del hogar

Se considerarán los siguientes factores en la determinación de la elegibilidad del paciente para recibir asistencia, a proporcionar por todos los residentes que generen ingresos en la unidad familiar contable a menos que no sean dependientes con base en las pautas del IRS para determinar si un miembro de la familia puede ser considerado un dependiente.

- Verificación de ingresos por desempleo de Indiana Workforce de los últimos dos trimestres.
- Últimos tres recibos de sueldo o una carta o informe impreso del empleador que proporcionen verificación de los ingresos brutos si esta empleado actualmente. Esta documentación no debe tener más de treinta días a partir de la fecha de emisión y debe incluir la información del año hasta la fecha.
- Últimos tres resúmenes bancarios (que incluyan explicaciones de depósitos regulares que no se expliquen en los talones de pago).
- Carta de los beneficios del Seguro Social u otra prueba ingresos brutos mensuales.
- Ingresos de jubilación.
- Ingresos de inversiones.
- Declaración de las personas que están proporcionando respaldo financiero directo.
- Cantidad de dependientes.
- La declaración de impuestos más reciente (incluso W2 y todos los anexos de respaldo).
- Otras obligaciones financieras.
- La cantidad y la frecuencia de las facturas médicas.
- Otros recursos financieros que produzcan ingresos.
- Si trabaja por cuenta propia, el ingreso bruto menos el costo de mercaderías vendidas y los salarios de los empleados.

Capacidad financiera

- Las personas con la capacidad financiera para adquirir una cobertura de seguro de salud a través del Mercado de Seguros de Salud podrán estar obligadas a adquirirla y tendrán acceso a un profesional de enlace certificado por el estado de Indiana como un medio de asegurar el acceso a servicios de salud, para su salud personal en general y para la protección de sus bienes individuales.
- Las personas que no son elegibles para Medicaid u otra cobertura de salud asequible deben mostrar una copia de la negación.
- Los cupones para alimentos o el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) no se contarán como ingresos.
- Los servicios estéticos no son elegibles para ningún tipo de ayuda y no pueden incluirse en el importe adeudado a los hospitales.

Razones por las cuales no se es elegible para el Programa de Asistencia Financiera

- El ingreso familiar supera el máximo del Nivel Federal de Pobreza. Sin embargo, el paciente puede ser elegible para un ajuste del descuento financiero o catastrófico.
- Si un paciente es elegible para Medicaid, el Mercado de Seguros de Salud (Healthcare.gov) u otros programas estatales o federales y no coopera al solicitar o volver a solicitar o en un proceso de apelación, o no paga la prima mensual requerida, lo cual lo hace no elegible para el programa estatal.
- Si el paciente es elegible y se inscribió en un plan del Mercado de Seguros de Salud y no paga la prima mensual requerida, lo cual hace que se interrumpa la cobertura del plan de salud.
- El paciente está bajo la custodia de una unidad gubernamental responsable por la cobertura de las necesidades médicas del paciente.
- Los servicios que no son médicamente necesarios o se excluyen del programa.
- Los servicios que se excluyen incluyen, entre otros:
 - cirugía estética;
 - tratamientos de infertilidad, servicios de fertilidad, control de la natalidad, esterilización, reversión de esterilización;
 - servicios negados por su seguro debido al incumplimiento de los requisitos de cobertura de seguro;
 - servicios considerados no necesarios por razones médicas;
 - servicios que su compañía de seguros le reembolsa directamente a usted;
 - servicios que le reembolsa un tercero;
 - servicios requeridos por un empleador, una escuela o para practicar un deporte.

Elegibilidad presunta

Un paciente en cualquiera de las siguientes circunstancias se considerará automáticamente elegible para recibir asistencia financiera o económica (presuntamente elegible). No se necesita ninguna solicitud de asistencia si el paciente se considera presuntamente elegible para recibir asistencia.

Puede requerirse documentación para validar estas circunstancias.

- El paciente o el responsable residen en Salvation Army, Faith Mission o cualquier refugio para desamparados similar o no tienen hogar y no son elegibles para Medicaid u otros programas de cobertura de salud de Medicaid.
- El paciente ha fallecido y no se presentó ninguna herencia.
- El paciente está inscrito en un programa de Medicaid de beneficio limitado (es decir, solo de emergencias, planificación familiar, etc.) y el servicio actual no está cubierto por su plan de Medicaid. Tiene que haber una negación de la cobertura de Medicaid antes de que el saldo se ajuste a caridad.

Falta de información adecuada

No proporcionar la información necesaria para completar una evaluación financiera puede resultar en una determinación negativa, pero la cuenta debe examinarse de nuevo al recibir la información requerida. La cuenta también puede presentarse para su aprobación si Elkhart General Hospital ha podido verificar la información proporcionada por un tercero confiable, es decir, el Seguro Social, Medicaid, una oficina de informes de crédito, etc.

La determinación de la elegibilidad para asistencia financiera o catastrófica puede hacerse sin un formulario de evaluación completo si el paciente o la información no están razonablemente disponibles y la elegibilidad se justifica dadas las circunstancias. Esto se aprobará a criterio del director ejecutivo de Ciclo de Ingresos.

Se les proporcionará notificación a los pacientes que no presenten la documentación o la información requeridas.

A ningún paciente se le puede negar asistencia debido a que no presenta información o documentación no especificadas en el Programa de Asistencia Financiera o la solicitud.

Determinaciones de asistencia financiera

Todas las solicitudes completas recibirán una determinación de aprobación de la asistencia financiera. El paciente recibirá una copia por escrito de la determinación final.

Determinaciones favorables

Una determinación favorable incluirá la siguiente información:

- la fecha de aprobación;
- el porcentaje de asistencia aprobada;
- el período de vigencia de la aprobación.

Determinaciones desfavorables

Una determinación desfavorable incluirá una razón:

- Los servicios se excluyen de forma categórica de consideración (es decir, no son de emergencia o son cosméticos).
- El individuo está totalmente cubierto, o recibe servicios totalmente cubiertos por una compañía de seguros de terceros o un programa del gobierno.
- No se cumplieron las normas de elegibilidad en virtud del Programa de Asistencia Financiera.
- El individuo no tomó medidas razonables para obtener una cobertura de terceros para la cual era elegible.
- Se recibió el pago de terceros por los servicios.
- La persona no ha cumplido con las peticiones del seguro.

Modalidades de crédito y cobro

Elkhart General Hospital depende del pago puntual de las cuentas por cobrar de los pacientes para permitir que el hospital continúe brindando atención médica de alta calidad y asegurar la última tecnología en atención médica para sus pacientes. Elkhart General Hospital, que reconoce la carga que los gastos inesperados de atención médica pueden ocasionar en los pacientes y sus familias, ayudará a los pacientes a solventar sus cuentas abiertas de servicios hospitalarios al trabajar con pagos de terceras partes para así atender los reclamos de seguro del paciente y proporcionar planes de pago alternativos para los pacientes. Con la excepción de algunos planes gubernamentales y planes de atención contratados, la responsabilidad final de la resolución o el pago de las cuentas recae en el paciente. Se espera que los pacientes trabajen con el personal del hospital para resolver las cuentas con sus compañías de seguros o empleadores, según corresponda. Cuando exista una estimación de saldo de pago propio pendiente, Elkhart General Hospital les pedirá a los pacientes que no se encuentren en una emergencia que paguen ese saldo antes o en el momento de la admisión/inscripción.

- Los pacientes no asegurados serán evaluados para otra cobertura a través de programas de asistencia estatal o elegibilidad de asistencia financiera antes de solicitar un depósito de atención médica.
- Elkhart General Hospital puede solicitar y cobrar un depósito, basado en el porcentaje total estimado del paciente de una factura, proveniente de admisiones de pacientes hospitalizados que no sean de emergencia, pacientes con cirugías realizadas el mismo día y pacientes

programados para procedimientos ambulatorios de gran valor monetario antes o en el momento de la admisión o el registro. En el caso de que una solicitud de pago no se realice antes o en el momento del ingreso del paciente, un asesor financiero puede calcular el monto estimado del depósito y consultar con el paciente/garante respecto del pago tras el proceso de admisión o registro a través de una entrevista financiera. (En algunos casos, esto podría ocurrir mientras el paciente se encuentra en su habitación asignada). En el momento del alta, se puede solicitar a los pacientes de emergencia que paguen cualquier copago o deducible.

- Cuando corresponda, Elkhart General Hospital puede identificar y solicitar el pago de saldos de pacientes antiguos como parte de la solicitud de depósito. El pago de saldos previos abiertos no demorará la atención de emergencia o la atención médica necesaria. El personal de cobranza considerará los saldos previos abiertos y antiguos en los servicios de cuenta del paciente, siempre que se desarrollen acuerdos de pago o un programa de pago alternativo para un paciente.
- Los pacientes no asegurados reciben un descuento del 35% de los cargos brutos.
- Elkhart General Hospital realizará entrevistas financieras con pacientes o garantes cuando sea necesario. Todas las entrevistas financieras se llevarán a cabo en un entorno privado y profesional.
- Además de efectivo, cheques y tarjetas de crédito, los métodos de pago aprobados pueden incluir:
 - Plan de pago hospitalario: un plan de pago directamente con el hospital que no debe exceder los tres meses. Las excepciones deben ser aprobadas por el director o el gerente de Servicios de Cuenta del Paciente o el director ejecutivo de Ciclo de Ingresos. Se puede requerir que los pacientes firmen un pagaré en función del acuerdo de pago acordado.
 - CarePayment: un plan de pago extendido que le permite al paciente un período prolongado que no exceda los 36 meses con un interés del 0% para pagar su saldo entre \$100 y \$15,000. Los pacientes pueden inscribirse automáticamente en CarePayment si su cuenta no se ha pagado en su totalidad dos meses después de su primera declaración. Todos los pacientes son elegibles siempre que proporcionen un número de seguro social válido, no estén en la lista de vigilancia del gobierno, sean mayores de 18 años y no hayan incumplido previamente su cuenta de CarePayment.
 - Medicaid/Plan de salud de Indiana (HIP, por sus siglas en inglés): los pacientes que no tienen cobertura cuando se presentan en el hospital para recibir tratamiento serán evaluados para otra cobertura a través de programas de asistencia estatal. Un especialista en elegibilidad ayudará al paciente/garante a completar y enviar todos los formularios necesarios requeridos por el Departamento de Ayuda Pública de Indiana para este tipo de programas.
 - Asistencia financiera hospitalaria: se realizarán esfuerzos razonables para determinar si los pacientes son elegibles para recibir asistencia financiera a través del programa de asistencia financiera del hospital.
- Si un paciente no califica para asistencia financiera y no paga su cuenta de acuerdo con las opciones provistas o no paga su saldo después de solicitar la asistencia financiera calificada, entonces la cuenta del paciente se procesará para su colocación en una agencia de cobranza de acuerdo con la política de cancelación de deuda incobrable.
- A los pacientes se les emitirá un aviso final treinta días antes de colocar sus cuentas en una agencia de cobranza y llevar a cabo alguna acción extraordinaria de cobro. No se tomarán medidas extraordinarias de cobro hasta después de que Elkhart General Hospital haya realizado esfuerzos razonables para determinar si el paciente reúne los requisitos para recibir asistencia financiera. Las acciones extraordinarias de cobranza pueden incluir una demanda, embargo salarial, gravamen o informes adversos de la agencia de crédito.

Incumplimiento del paciente en cuanto al pago del resto de su cuenta después de la asistencia financiera

Si un paciente/garante no paga el resto de su cuenta después de deducir la parte de asistencia, la cuenta se puede colocar en una agencia de cobranza. Los pacientes recibirán un aviso final treinta días antes de depositar sus cuentas en una agencia de cobranza. El resto de la cuenta estará sujeta a alguna acción de cobro, incluso recursos legales como demanda, embargo de sueldo, gravamen o informes adversos del buró de crédito, si permanece impaga.

Procesamiento y aprobaciones

Una vez que la solicitud de un paciente ha sido procesada, se enviará una petición para su aprobación. Las aprobaciones se requieren con base en los siguientes importes:

Hasta \$ 4,000.00	Supervisor de Cobros
Hasta \$ 10,000.00	Administrador de Cuentas del Paciente
Hasta \$ 25,000.00	Director de Cuentas de Pacientes
Hasta \$ 50,000.00	Director ejecutivo de Ciclo de Ingresos
Ilimitado (requerido al superar \$50,000)	Director financiero

La asistencia financiera se aplicará de forma retroactiva a todas las cuentas abiertas con fechas de servicio que se encuentren dentro de los dos años de la fecha de aprobación.

Historial de revisión del documento:			
Fecha de revisión:	Fecha de observación:	Revisado/observado por:	Resumen de cambios:
22/NOV/2015	22/NOV/2015	Julie Phillips	Actualizado al nuevo formato de póliza. Se ampliaron las definiciones para los criterios de aprobación. Se agregó definición para asistencia catastrófica. Se agregó lista de proveedores no cubiertos. Se actualizó lenguaje en torno al cálculo de AGB. Se agregó límite para el plazo de actualización de las aprobaciones de cuentas.
30/NOV/2017	7/ENE/2018	Julie Phillips	Se agregaron prácticas de facturación y cobros a la póliza de asistencia financiera. Se actualizaron niveles de aprobación para referirlo al director ejecutivo. Se actualizó la dirección de la oficina de facturación.

FIRMAS DE APROBACIÓN:

Fecha de firma	Firma	Nombre	Cargo
----------------	-------	--------	-------

Anexo 1
Programa de descuentos

Porcentaje de Nivel Federal de Pobreza (FPL)	Porcentaje de Reducción
0% a 200%	100%
201% a 300%	75%
301% a 350%	65%
	(Porcentaje AGB*)

*Cálculo de AGB actualizado el 26/FEB/2019

Anexo 2

Proveedores no cubiertos por la Política de Asistencia Financiera

- Beacon Medical Group Physicians
- Elkhart Clinic Physicians
- Radiology, Inc.
- Michiana Hematology/Oncology
- South Bend Medical Foundation
- General and Vascular Surgery
- Northern Anesthesia, Inc.
- Apogee Physicians
- Elkhart Emergency Physicians
- River Oaks Physicians
- Heart City Health Center
- Ascendant Orthopedics Alliance
- OSMC