

# Community Hospital of Bremen

NUESTRA FAMILIA CUIDA A LA SUYA

<b>TÍTULO:</b>	<b>Política de Asistencia Financiera</b>	<b>NÚMERO:</b>	BOQ006
<b>DEPARTAMENTO:</b>	Patient Account Services	<b>APROBACIÓN REQUERIDA:</b>	Presidente
<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>	01/2019		Junta Directiva

**ALCANCE:** Pacientes de Community Hospital of Bremen que reciban Atención de Emergencia o Necesaria desde la Perspectiva Médica.

## OBJETIVO:

- Garantizar la transparencia, coherencia e imparcialidad hacia los pacientes sin seguro (pago por cuenta propia) y establecer pautas para proporcionar un ajuste financiero a cualquier paciente sin seguro o con seguro insuficiente que reciba Servicios Necesarios desde la perspectiva Médica o de Emergencia de Community Hospital of Bremen. Esta política garantiza que Community Hospital of Bremen cumpla con la Ley de Protección al Paciente y de Cuidado de Salud Asequible y la sección 501(r) del Código de Rentas Internas. Esta requiere que los hospitales exentos de impuestos limiten los montos que cobran a pacientes sin seguro, por atención de emergencia y otro tipo de atención necesaria desde la perspectiva médica, hasta un máximo que no supere los montos que generalmente se les cobran a los pacientes con seguro.
- Controlar los siguientes aspectos de los pacientes sin seguro: su capacidad de pago, posible elegibilidad para programas de cobertura médica o cobertura de terceros, y todos los recursos disponibles para identificar casos de caridad de manera oportuna. Los programas de cobertura médica pueden incluir, entre otros, Medicaid, Programas de Ahorro de Medicare, planes de seguro subsidiados comprados a través del Intercambio de "Marketplace" o de la Ley de Cuidado de Salud Asequible

(ACA, por sus siglas en inglés), u otros programas estatales, federales y locales. Para calificar para la asistencia financiera, una persona debe solicitar y cumplir con la solicitud de cualquier otra fuente de pago posible.

- Brindar procedimientos de asistencia con la solicitud de programas, el método para solicitar la asistencia financiera de Community Hospital of Bremen, la política que establece las bases para calcular la elegibilidad para la atención gratuita o con descuento y las medidas que puede tomar el hospital en caso de incumplimiento de pago.

---

## PROCEDIMIENTO:

Independientemente de la capacidad de pago de una persona o su calificación en virtud de esta Política de Asistencia Financiera, Community Hospital of Bremen proporcionará, sin discriminar, el cuidado de cualquier afección de emergencia según lo designado en virtud de la ley. de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto (EMTALA, por sus siglas en inglés) de 1986 del gobierno federal de los EE. UU.

No se debe desalentar a ninguna persona de buscar atención de emergencia.

Ninguna persona podrá ser excluida de la consideración para recibir asistencia financiera en base a su edad, color, credo, origen étnico, género, nacionalidad, discapacidad física, raza o religión.

Los pacientes sin seguro (pago por cuenta propia) recibirán un 35 % de descuento de los gastos brutos. Este descuento aplica a todos los servicios hospitalarios, y es exclusivo respecto a cualquier otro descuento o aceptación del FAP (Programa de Asistencia Financiera).

Este FAP se aplica a servicios provistos y facturados por Community Hospital of Bremen. No se aplica a médicos que puedan brindar servicios a pacientes del hospital. Consulte el Anexo 2 para obtener una lista de los grupos de proveedores que no están cubiertos por este FAP.

Para poder administrar los recursos de manera responsable y permitir que Community Hospital of Bremen brinde el nivel adecuado de asistencia a la mayor cantidad de personas que lo necesiten, se han establecido las siguientes pautas para la prestación de la asistencia financiera.

#### Definiciones:

- **Importe Generalmente Facturado (AGB, por sus siglas en inglés)** - Community Hospital of Bremen aplicará el “método de actualización” para determinar el AGB. En particular, Community Hospital of Bremen determinará el AGB para atención de emergencia u otra atención médica necesaria al multiplicar los Gastos Brutos de dicha atención por el Porcentaje de AGB.
- **Porcentaje de AGB:** Community Hospital of Bremen calculará el porcentaje de AGB al menos una vez al año. Para ello dividirá (1) la suma de pagos de todas las reclamaciones admitidas durante el periodo de 12 meses del año calendario anterior por la tarifa de servicios de Medicare y todas las compañías de seguros de salud privadas que pagan reclamaciones al hospital por (2) la suma de los gastos brutos correspondientes a esas reclamaciones.
- **Servicios Cosméticos:** aquellos servicios y procedimientos que mejoran el bienestar del paciente, suelen no estar cubiertos por ningún seguro, y se excluyen categóricamente de cualquier asistencia financiera o económica.
- **Servicios de Emergencia :** un accidente de emergencia, es decir, un evento externo repentino que resulte en lesiones físicas, o una enfermedad de emergencia, es decir, la aparición repentina de síntomas agudos de tal gravedad que la ausencia de atención médica inmediata pueda derivar en consecuencias médicas graves. O según se define en la Sección 1867 de la Ley de Seguridad Social.
- **Servicios Electivos :** servicios y procedimientos de atención médica que se necesitan para asistir a la salud y el bienestar del paciente, independientemente de que se consideren necesarios desde la perspectiva médica. Estos servicios califican para que se los considere en virtud de esta política. Es posible que se requiera una orden del médico que contenga el motivo de la prueba o procedimiento.
- **FAP:** Programa de Asistencia Financiera como se define en la presente política.
- **Gastos Brutos:** un precio establecido, enumerado en el diagrama de aranceles del hospital, por un servicio o artículo que se cobra de manera consistente y uniforme a todos los pacientes antes de aplicar cualquier prestación contractual, descuento o deducción.
- **Unidad Familiar:** una o más personas que viven juntas y están vinculadas por nacimiento, matrimonio, o adopción (es decir: padres e hijos que están registrados como dependientes en su declaración impositiva); o que viven juntos y comparten activos en común, como tarjetas de crédito, cuentas bancarias o bienes inmuebles. Los pacientes mayores de 18 años, como hijos adultos que viven con sus padres, hermanos o amigos no se consideran parte de la unidad familiar, salvo que dichas personas estén legalmente obligadas a pagar las deudas del paciente.

- Ingreso: el ingreso incluye el salario y sueldos, ingresos de intereses, ingresos de dividendos, seguridad social, indemnización por accidente laboral, pagos por discapacidad, seguro de desempleo, ingreso comercial, pensiones y rentas, ingresos agrícolas, alquileres y regalías, herencia, beneficios por huelga, y pagos de pensión alimenticia. El ingreso también se define como los pagos por parte del estado por tutela o custodia legal.
- Necesario desde la perspectiva médica - Para los fines de esta política, se define como un servicio que es necesario para tratar una afección que en caso de ausencia de atención médica podría esperarse razonablemente que ponga en riesgo la salud o condición de una persona.
- Resumen en Lenguaje Sencillo: una declaración escrita en un lenguaje claro, conciso y fácil de entender que notifique a las personas que Community Hospital of Bremen ofrece asistencia financiera en virtud de un FAP.
- Pago por Cuenta Propia o Sin Seguro: un paciente que no tiene cobertura de una compañía de seguros externa de un plan de seguro de salud, Medicare o Medicaid financiada por el estado, o cuya lesión no es una lesión indemnizada conforme a la indemnización por accidente laboral, seguro de automóviles u otro seguro, según lo determine y documente el hospital.

### **Disponibilidad del Programa de Asistencia Financiera**

Community Hospital of Bremen difundirá ampliamente la disponibilidad de asistencia utilizando los siguientes métodos:

- En los puntos principales de acceso y registro de pacientes del hospital, Community Hospital of Bremen publicará y/o pondrá a disposición un resumen del FAP en lenguaje sencillo. Los materiales publicados incluirán instrucciones sobre cómo obtener la versión impresa del resumen en lenguaje sencillo y la solicitud del FAP sin cargo.
- El resumen del FAP y la solicitud estarán disponibles en [www.beaconhealthsystem.org/assist](http://www.beaconhealthsystem.org/assist).
- La información sobre cómo postularse al FAP se incluirá en las declaraciones de pacientes.

Otras formas de obtener las copias impresas de la Política de Asistencia Financiera y la solicitud son las siguientes:

- Llamando a los Servicios de Cuenta de Pacientes al (574) 546-8048
- Presentándose en la Recepción de Inscripción ubicada en: 1020 High Road Bremen, In 46506
- Enviando una solicitud escrita por correo a:  
Community Hospital of Bremen  
Attn: Patient Account Services  
P.O. Box 8  
Bremen, In 46506

Los pacientes con saldos pendientes luego del pago del seguro (por ej.: deducibles, copagos, y montos de coseguro) pueden calificar para el FAP si cumplen con los requisitos de elegibilidad.

Los pacientes que han agotado los límites de la póliza califican para el FAP si cumplen con los requisitos de elegibilidad. (Los saldos restantes de la cuenta luego de que se hayan agotado los límites de la póliza se consideran no asegurados y califican para el FAP). Los pacientes de Medicare califican para el FAP si cumplen con los requisitos de elegibilidad.

Los pacientes deben cooperar al brindar la información de seguros de compañías de seguros externas y la información de responsabilidad de estas. El paciente debe agotar la cobertura del seguro/de responsabilidad de la compañía de seguros externa antes de recibir asistencia financiera a través del FAP.

El paciente debe cooperar con la inscripción en todos los programas de cobertura de salud asequibles a los que pueda tener acceso antes de que se considere la aprobación de la asistencia financiera. La asistencia con la evaluación e inscripción es proporcionada como un servicio del hospital sin cargo para el paciente a través de Asesores de Solicitud y Navegantes de Indiana certificados.

Si la cuenta corresponde a una agencia de cobranzas, el paciente puede solicitar el FAP siempre y cuando la fecha de servicio esté dentro de un plazo de dos años de la fecha de la solicitud.

### **Solicitud de Asistencia**

La elegibilidad del paciente para el FAP se determinará mediante un proceso de solicitud. El formulario de Solicitud de Asistencia Financiera de Community Hospital of Bremen es un formulario de solicitud válido para el proceso de solicitud. La Política de Asistencia Financiera y la solicitud de Community Hospital of Bremen estarán disponibles para todos los pacientes.

- La solicitud debe estar firmada (por el paciente, garante o representante legal). Es responsabilidad del paciente/garante completar una solicitud de asistencia.
- En la solicitud el paciente debe proporcionar su nombre, dirección actual, información de contacto válida y los nombres y edades de las personas que viven en su hogar.
- El paciente debe enumerar todos los montos de ingresos y sus fuentes.
- Se requiere la documentación de toda la información provista en la solicitud para completar la solicitud de asistencia. Community Hospital of Bremen o su representante puede utilizar bases de datos nacionales de agencias de crédito para verificar o validar la información que se proporciona. También se podrá solicitar una declaración escrita de parte de la persona o personas que brindan su apoyo al solicitante si el ingreso actual o la falta de ingresos no es suficiente para satisfacer los gastos de subsistencia diarios.
- Los defensores de pacientes están disponibles para ayudar a cualquier persona que quiera solicitar asistencia. Puede contactarse con ellos en el hospital durante el horario laboral. Comuníquese con los Servicios de Cuenta de Pacientes para saber el horario. Es posible que se requiera la verificación del ingreso solicitado y una lista completa de los miembros del hogar.
- Una solicitud del FAP puede utilizarse para servicios cubiertos que se proporcionan hasta 6 meses después de la fecha de aprobación de la solicitud.
- El paciente puede apelar la decisión de denegación de asistencia financiera por escrito: Community Hospital of Bremen, President, 1020 High Road, Bremen, In 46506

### **Cobros**

Community Hospital of Bremen no cobrará a los pacientes que tengan aprobación de asistencia financiera en virtud del FAP por atención de emergencia u otra atención necesaria desde la perspectiva médica más que los montos que generalmente se les cobran a las personas con seguro (es decir, Community Hospital of Bremen no cobrará a pacientes que tengan aprobada la Asistencia Financiera en virtud de esta Política por atención de emergencia u otra atención necesaria desde la perspectiva médica más que los Gastos Brutos por esa atención multiplicados por el porcentaje de AGB). Consulte el porcentaje de AGB en el Anexo 1.

## **Criterio de Asistencia Financiera**

La política establecida permite que los pacientes califiquen para la asistencia de dos formas: financiera o catastrófica. El Programa de Asistencia Financiera también permite la asistencia parcial o total en función del criterio de elegibilidad establecido en esta política.

### **Asistencia Financiera**

- Un paciente que califica para la asistencia financiera es una persona que no tiene seguro o tiene un seguro insuficiente, recibe atención médica necesaria y no puede pagar su factura.
- Para calificar para la asistencia en virtud de las pautas de asistencia financiera, el ingreso de la persona tiene que estar a un determinado porcentaje del Nivel Federal de Pobreza (FPL por sus siglas en inglés) o a un porcentaje inferior, de conformidad con lo determinado por las Pautas Federales de Pobreza. (Consulte el Anexo 1 para ver una tabla de los porcentajes de aprobación en base al % del FPL). La composición familiar y el ingreso determinan el porcentaje del FPL. Community Hospital of Bremen, o su representante, puede considerar otros activos y pasivos financieros de la persona cuando determinan la elegibilidad.
- Community Hospital of Bremen utilizará las pautas de ingreso que definen el nivel de pobreza más recientes emitidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. para determinar la elegibilidad de una persona con el fin de obtener asistencia financiera. Las pautas de ingreso que definen la pobreza se publican cada año en el Registro Federal y para los efectos de esta política entran en vigencia el primer día del mes posterior al mes de la publicación.
- Para calificar en virtud de la sección de Asistencia Financiera de esta política, se debe presentar una solicitud de Asistencia Financiera completa y firmada y debe estar acompañada de una prueba de ingresos, prueba de ausencia de ingresos, prueba de ausencia de activos financieros y otros documentos requeridos.

### **Requisitos para la Asistencia Catastrófica**

- Un paciente que califique para la asistencia catastrófica es una persona cuyas facturas del hospital exceden un porcentaje específico de su ingreso bruto anual, conforme a lo establecido en la presente política, y que no puede pagar la factura pendiente.
- Para calificar para la asistencia catastrófica, el monto adeudado por el paciente debe superar el ciento cincuenta (150) por ciento del ingreso bruto anual del paciente y debe ser incapaz de pagar la factura pendiente. Community Hospital of Bremen puede considerar otros activos y pasivos financieros de la persona al determinar su 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 toma una determinación de que un paciente tiene capacidad de pago del monto restante de la factura, tal determinación no impide una reevaluación de la capacidad de pago del paciente en una fecha posterior, en caso de que sus circunstancias financieras cambien.
- Luego de que se determine la elegibilidad en virtud de la presente disposición, se proporcionará asistencia para hacer un descuento del 75 % del saldo actual de la factura.

## **Factores a considerar para obtener Asistencia Financiera**

### **Composición Familiar e Ingreso**

Los siguientes factores pueden tenerse en cuenta al determinar la elegibilidad del paciente para la asistencia y deben proporcionarlos todos los residentes que generan ingresos en la unidad familiar, salvo que no sean dependientes en virtud de las pautas del IRS para determinar si un miembro de la familia se puede considerar un dependiente.

- Informe salarial de la fuerza de trabajo de Indiana de los últimos 2 trimestres (ingreso por desempleo).
- Los últimos 3 recibos de sueldo o una carta o documento impreso del empleador que proporcione la verificación del ingreso bruto si actualmente tiene empleo. Esta documentación no debe tener más de 30 días a partir de la fecha de emisión y debe incluir información de lo que va del año hasta la fecha.
- Los últimos 3 estados de cuenta (incluyendo explicaciones de depósitos regulares no justificados por los recibos de sueldo).
- Carta de asignación o derecho de Seguridad Social u otra prueba de asignación mensual bruta.
- Ingreso por jubilación.
- Ingreso por inversión.
- Declaración de la persona o personas que brindan apoyo directo.
- Cantidad de dependientes.
- Declaración de impuestos más reciente (incluyendo W2 y todos los formularios complementarios).
- Otras obligaciones financieras.
- El monto y la frecuencia de facturas médicas/de hospital.
- Otros recursos financieros que generan ingresos.
- Si es trabajador autónomo, ingresos brutos menos los costos de los bienes vendidos y los salarios de los empleados.

### **Capacidad Financiera**

- Es posible que a las personas con la capacidad financiera para adquirir cobertura de seguro de salud a través del Mercado de Seguros de Salud se les requiera que la compren y se les proporcionará acceso a un Navegador Certificado de Indiana como modo de garantizar el acceso a los servicios de atención médica, para su salud personal general, y para la protección de sus activos individuales.
- Las personas que no califican para Medicaid u otra cobertura médica asequible deben brindar prueba de denegación.
- Los cupones para alimentos o el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por su siglas en inglés) no se contabilizarán como ingreso.
- Los servicios cosméticos no califican para ningún tipo de asistencia y no se pueden incluir en el monto de las facturas médicas/de hospital adeudadas.

## **Razones para no calificar para el FAP**

- El ingreso familiar supera el máximo del FPL. Sin embargo, el paciente puede calificar para un descuento de ajuste de gastos o para un descuento catastrófico.
- Si un paciente califica para Medicaid, el Mercado de Seguros de Salud, (Healthcare.gov) u otro programa estatal o federal y el paciente no coopera en la solicitud, la nueva presentación de solicitud, o proceso de apelación, o el paciente no paga la prima mensual requerida no calificando así para el programa estatal.
- Si el paciente califica y está inscripto en un plan del Mercado de Seguros de Salud y no paga la prima mensual requerida, ocasionando así que el plan de salud suspenda la cobertura.
- El paciente está bajo custodia de una unidad del Gobierno, que es responsable de la cobertura de las necesidades médicas del paciente.
- Los servicios no son necesarios desde la perspectiva médica o están excluidos del programa.
- Los servicios excluidos incluyen, entre otros:
  - Cirugía cosmética
  - Tratamientos por infertilidad, servicios de fertilidad, anticonceptivos, esterilización, reversión de la esterilización.
- Servicios rechazados por su seguro debido al incumplimiento de los requisitos de su cobertura de seguro.
- Servicios que no se consideran necesarios desde la perspectiva médica.
- Servicios que su compañía de seguros le reembolsó directamente a usted.
- Servicios reembolsados por una compañía de seguros externa.
- Servicios obligatorios para el trabajo, la escuela o el deporte.

## **Elegibilidad Presunta**

Un paciente en cualquiera de las siguientes circunstancias se considerará elegible automáticamente para la asistencia financiera o económica (presuntamente elegible). No se requiere solicitud de asistencia si el paciente se considera presuntamente elegible para la asistencia. Es posible que se solicite la documentación que valide estas circunstancias.

- El paciente y/o la parte responsable residen en el Ejército de Salvación, Centro para Personas sin Hogar, Hope Rescue Mission, o cualquier refugio similar para personas sin hogar, o son personas sin hogar y no califican para Medicaid u otros programas de cobertura de salud.
- El paciente está fallecido y no se ha registrado ningún bien.
- El paciente está inscripto en un programa de Medicaid de beneficios limitados (es decir, Solo Emergencias, Planificación Familiar, etc.) y el servicio actual no está cubierto por su plan de Medicaid. Debe haber una denegación de cobertura por parte de Medicaid antes de que el saldo se ajuste a caridad.

## **No Proporcionar la Información Adecuada**

No proporcionar la información necesaria para completar una evaluación financiera puede tener como resultado una determinación negativa, pero se deberá volver a considerar la cuenta si se recibe la información requerida. También se puede presentar la cuenta para su aprobación si Community Hospital of Bremen ha podido verificar la información de un tercero confiable, es decir: la Seguridad Social, Medicaid, agencias de crédito, etc.

Se puede tomar una determinación de elegibilidad para asistencia financiera o catastrófica sin un formulario de evaluación completo si el paciente o la información no se encuentra razonablemente disponible y la elegibilidad está justificada en virtud de las circunstancias. Esto se aprobará a discreción del Presidente de Community Hospital of Bremen.

Los pacientes que no proporcionen la documentación o información requerida recibirán una notificación.

A ningún paciente se le podrá denegar la asistencia debido a la falta de prestación de información o documentación que no esté especificada en el FAP o la solicitud.

## **Determinaciones de Asistencia Financiera**

Todas las solicitudes completas recibirán una determinación respecto a la concesión de 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 la aprobación
- El porcentaje de asistencia aprobado
- La vigencia de la aprobación

### **Determinaciones Adversas**

Una determinación adversa incluirá una razón:

- Los servicios se excluyen categóricamente de toda consideración (es decir, atención que no es de emergencia o atención cosmética)
- La persona tiene cobertura total, o recibe servicios completamente cubiertos por una compañía de seguros externa o un programa gubernamental.
- No cumplió con los estándares de elegibilidad en virtud del FPL.
- La persona no tomó medidas razonables para obtener cobertura de una compañía de seguros externa para la que calificaba.
- Han recibido el pago de parte de una compañía de seguros externa por los servicios.
- La persona no ha cumplido con las solicitudes del pagador externo.



## Modalidades de Crédito y Cobro

Community Hospital of Bremen depende del pago oportuno de las cuentas por cobrar de los pacientes que le permiten al Hospital continuar brindando atención médica de alta calidad y garantizar la última tecnología en atención médica para sus pacientes. Dado que Community Hospital of Bremen reconoce la carga que pueden representar los gastos de atención médica inesperados para los pacientes y sus familias, asistirá a los pacientes para resolver las cuentas abiertas por servicios hospitalarios, trabajando con pagadores externos para adjudicar las reclamaciones del seguro y proporcionando planes de pago alternativos para los pacientes. Con la excepción de algunos planes de atención gubernamentales y contratados, la responsabilidad final respecto de la resolución o el pago de las cuentas es del paciente. Se espera que los pacientes trabajen con el personal del Hospital para resolver las cuentas con las compañías de seguro y/o sus empleadores según corresponda. Cuando se adeude un saldo estimado de pago por cuenta propia, Community Hospital of Bremen solicitará a los pacientes que no requieran atención de emergencia que paguen el saldo antes o al momento del ingreso/registro.

- Se evaluará si los pacientes sin seguro tienen otra cobertura a través de programas de asistencia estatal o elegibilidad de asistencia financiera antes de solicitar un depósito para la atención médica.
- Community Hospital of Bremen puede solicitar y cobrar un depósito, en base al total estimado de la factura que corresponde al paciente, a pacientes internados por casos que no son una emergencia, a pacientes a quienes se les realice cirugía ambulatoria, y a pacientes que tienen programados procedimientos ambulatorios costosos, antes o al momento del ingreso o registro. En caso de que no se solicite el pago antes o al momento de la llegada del paciente, un Asesor Financiero puede calcular el monto estimado del depósito y hablar con el paciente/garante por el pago luego del proceso de ingreso o registro, mediante una entrevista financiera. (En algunos casos, esto puede ocurrir mientras el paciente se encuentra en su habitación asignada). Al momento del alta, es posible que a los pacientes de atención de emergencia se les solicite que paguen algún copago o deducible.
- Cuando corresponda, Community Hospital of Bremen puede identificar y solicitar el pago de saldos vencidos de pacientes como parte del pedido de depósito. El pago de saldos anteriores abiertos no retrasará la atención de emergencia o necesaria desde la perspectiva médica. El Personal de Cobranzas de Servicios de Cuentas de Pacientes tomará en consideración los saldos vencidos anteriores abiertos cuando se desarrollen acuerdos de pago o un programa de pago alternativo.
- Los pacientes no asegurados reciben un descuento del 35 % de los gastos brutos.
- Community Hospital of Bremen realizará entrevistas financieras con pacientes y/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:
  - o 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 Gerente de Contabilidad o el Presidente. Es posible que los pacientes deban firmar un pagaré en base al acuerdo de pago establecido.
  - o CarePayment: un plan de pago extendido que le otorga al paciente un periodo prolongado de hasta 36 meses con un 0 % de interés para que pague los saldos entre \$100 y \$15,000. Los pacientes pueden inscribirse automáticamente en el plan CarePayment si no se ha pagado su cuenta en su totalidad dos meses después de su primer estado de cuenta. Todos los pacientes califican siempre y cuando proporcionen un número de seguro social válido, no estén en una lista de vigilancia del gobierno, sean mayores de 18 años y no hayan incurrido en incumplimiento del pago de su cuenta de CarePayment con anterioridad.

- o Medicaid/HIP: se evaluará a los pacientes que no tengan cobertura cuando se presenten en el hospital para recibir tratamiento, para comprobar si existe otra cobertura a través de programas de asistencia estatal. Un Especialista en Elegibilidad asistirá al paciente/garante para completar y presentar todos los formularios necesarios que requiere el Departamento de Asistencia Pública de Indiana para estos tipos de programas.
  - o 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.
  - Se enviará un Aviso Final a los pacientes 30 días antes de que las cuentas pasen a una agencia de cobranza y se comiencen a tomar medidas extraordinarias de cobranza. No se tomarán medidas de cobranza extraordinarias hasta después que Community Hospital of Bremen haya hecho esfuerzos razonables para determinar si un paciente calificará para asistencia financiera. Las medidas extraordinaria de cobranza pueden incluir una demanda, retención del salario, un gravamen o un informe crediticio desfavorable.

**Incumplimiento por parte del Paciente del Pago del Resto de su Cuenta Después de la Asistencia Financiera**

El incumplimiento por parte de un paciente/garante del pago del resto de su cuenta luego de deducir la parte correspondiente a la asistencia puede hacer que se transfiera la cuenta a una agencia de cobranzas. Se enviará un Aviso Final a los pacientes 30 días antes de que las cuentas pasen a una agencia de cobranza. Si continúa impago, el resto de la cuenta estará sujeto a cualquier medida de cobranza que puede incluir recursos legales como una demanda, una retención del salario, un gravamen o un informe crediticio desfavorable.

**Procesamiento y Aprobaciones**

Luego de que la solicitud de asistencia financiera del paciente se haya procesado, se enviará una solicitud para su aprobación.

Se requieren aprobaciones en función de los montos a continuación:

Hasta \$10,000 por el Gerente de Contabilidad

A partir de \$10,000 por el Presidente

La Asistencia Financiera se aplicará con retroactividad a todas las cuentas abiertas con fechas de servicio dentro de un plazo de dos años de la fecha de aprobación.

**APROBADO POR:**

Aprobado por:

Fecha:

Revisado por:

Fecha:

Revisado por:

Fecha:

Revisado por:

Fecha:

Anexo 1

Tabla de Descuentos

Community Hospital of Bremen

<b>Porcentaje del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés)</b>	<b>Porcentaje de Reducción</b>
0 % a 200 %	100 %
201 % a 300 %	75 %
301 % a 350 %	49 %*

\* Porcentaje de AGB actualizado el 3/1/19

## Anexo 2

### Proveedores No Cubiertos por la Política de Asistencia Financiera:

#### Community Hospital of Bremen

Médicos de Beacon Medical Group Bremen Family Medicine

Community Family Physicians

Diane Mackie, Dra. en Osteopatía (DO)

Diversified Radiology Elkhart General Hospital

Fairhaven OB-GYN

Gerig Surgical Associates, PC Memorial Hospital South

Bend Michiana Hematology Oncology

Mishawaka Orthopedics and Sports Medicine

Nightshift Radiology Inc Peter Carney, MD

Richard McClain, DO

The Cutting Edge Integrative Pain Centers- Orlando Landrum, MD Urology Associates of Elkhart

XRC, Inc

Yatin Patel, MD