



Documento de política/procedimiento	
Categoría/fuente:	
Fecha en que se generó:	7/1/2004
Número de política:	
Fecha de la última revisión:	4/15/2025
Fecha de la última revisión:	4/15/2025
Próxima revisión pendiente:	4/01/2026
Responsable de la política:	Director ejecutivo de Ciclo de Ingresos
Aprobaciones necesarias:	
	Director de Finanzas
	Junta Directiva

TÍTULO:	Política de ayuda económica
ÁMBITO:	Pacientes de Beacon Health System que reciben atención de emergencia o médica mente necesaria
OBJETO:	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurarse de que haya transparencia, congruencia e imparcialidad hacia los pacientes sin seguro (pagan por cuenta propia) y establecer las directrices para proporcionar un ajuste económico a cualquier paciente sin seguro o con seguro insuficiente que obtenga servicios médica mente necesarios o de emergencia de cualquier centro de Beacon Health System. Esta política se asegura de que Beacon Health System cumpla la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio y la sección 501(r) del Código de Impuestos Internos. Esto exige que los hospitales exentos de impuestos limiten las cantidades que cobran a los pacientes sin seguro por atención de emergencia u otra atención médica mente necesaria a no más de las cantidades generalmente cobradas a los pacientes asegurados. • Clasificar a los pacientes sin seguro por: su capacidad de pago, posible elegibilidad para programas de cobertura médica o cobertura de terceros y todos los recursos disponibles para poder identificar casos de beneficencia de manera oportuna. Los programas de cobertura médica podrían incluir, entre otros, Medicaid, Programas de Ahorros de Medicare, planes de seguro con subsidio comprados por medio del “Mercado de Seguros” o con el Intercambio de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA), o programas locales, federales y de otro estado. Para calificar para recibir ayuda económica, una persona debe enviar una solicitud y cumplir lo establecido en la solicitud para cualquier otra posible fuente de pago. • Proporcionar procedimientos de ayuda para inscribirse en los programas, el método de inscripción para la ayuda económica de Beacon Health System, la política para la base de cálculo de elegibilidad para atención gratuita o con descuento y las acciones que el hospital podría adoptar si ocurre un caso de falta de pago.
POLÍTICA/PROCEDIMIENTO:	

Sin importar la capacidad de pago de una persona para pagar o calificar según esta Política de ayuda económica, Beacon Health System proporcionará, sin discriminación, atención para cualquier condición médica de emergencia según lo designe la Ley de Trabajo y Tratamiento Médico de Emergencia (EMTALA) de 1986 de los gobiernos federales de EE. UU.

A ninguna persona se la debe desanimar a que busque atención de emergencia.

Ninguna persona deberá quedar excluida de que se la considere para ayuda económica sobre la base de edad, color, credo, contexto étnico, sexo, país de origen, discapacidad física, raza o religión.

Descuentos para las personas sin seguro (las que pagan por cuenta propia):

Servicios del hospital: los pacientes que están sin seguro (que pagan por cuenta propia) recibirán un descuento del 35 % de sus cargos brutos. Este descuento se aplica a todos los servicios del hospital y es excluyente de cualquier otro descuento.

Servicios ambulatorios: los pacientes que están sin seguro (que pagan por cuenta propia) recibirán un descuento del 20 % de sus cargos brutos. Este descuento se aplica a todos los servicios prestados por Beacon Medical Group y Beacon Health, LLC, y es excluyente de cualquier otro descuento.

Esta Política de ayuda económica se aplica a servicios prestados y facturados por Beacon Health System. No se aplica a médicos que no estén empleados en Beacon Health System y que puedan prestar servicios a pacientes del hospital. Consulte el Anexo 2 para tener acceso a una lista de grupos de proveedores que no estén cubiertos por esta Política de ayuda económica.

Para manejar sus recursos responsablemente y permitir que Beacon Health System preste el nivel apropiado de ayuda al mayor número de personas que la necesitan, se han establecido las siguientes directrices para la prestación de ayuda económica.

Definiciones:

- Cantidad generalmente facturada (AGB). Beacon Health System aplicará el “método de análisis retroactivo” para determinar la AGB. En particular, Beacon Health System determinará la AGB para atención de emergencia u otra atención médica necesaria multiplicando los cargos brutos de dicha atención por el porcentaje de AGB.
- Porcentaje de AGB. Beacon Health System calculará el porcentaje de AGB al menos cada año dividiendo (1) la suma de los pagos de todos los reclamos permitidos durante el período de 12 meses a partir del año calendario anterior entre el pago por servicio de Medicare y todas las aseguradoras de seguro médico privado que paguen reclamos al centro hospitalario entre (2) la suma de los cargos brutos asociados para esos reclamos.
- Servicios cosméticos. Los servicios y procedimientos que mejoran el bienestar del paciente y que generalmente no están cubiertos por ningún seguro, y que se excluyen categóricamente de cualquier ayuda económica o financiera.
- Servicios de emergencia. Un accidente de emergencia, lo que significa un evento externo repentino que da como resultado lesiones corporales, o una enfermedad de emergencia, que significa la aparición repentina de síntomas agudos de una gravedad tal que la ausencia de atención médica inmediata podría dar lugar a consecuencias médicas graves o según se define en la Sección 1867 de la Ley del Seguro Social.
- Servicios electivos. Servicios y procedimientos de atención médica que se necesitan para apoyar la salud y el bienestar del paciente, sea que se consideren médicalemente necesarios. Dichos servicios son elegibles de considerarse según esta política. Es posible que se necesite una orden médica que incluya un motivo para la prueba o el procedimiento.
- Cargo bruto. Un precio establecido, mencionado en la lista maestra de cargos del hospital, por un servicio o artículo que se cobre constante y uniformemente a todos los pacientes antes de aplicarle cualquier subsidio, descuento o deducción contractual.
- Unidad del grupo familiar. Una o más personas que residen juntas y que están emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Los pacientes mayores de 18 años, como hijos adultos que viven con sus padres, hermanos o amigos, no se consideran parte de la unidad del grupo familiar, a menos que dichas personas estén legalmente obligadas por las deudas del paciente.
- Ingresos. Los ingresos incluyen sueldo y salarios, ingresos de intereses, ingresos de dividendos, seguro social, compensación de los trabajadores, pagos por discapacidad, subsidio de desempleo, ingresos de negocios, ingresos de pensiones y anualidades, ingresos de actividades agrícolas, alquileres y regalías, herencias, beneficios por huelgas y pagos de pensión alimenticia. Los ingresos también se definen como pagos del estado por tutela o custodia legal.

- Médicamente necesario. Para el propósito de esta política, se define como un servicio que sea necesario para tratar una condición médica que, ante la ausencia de atención médica, podría esperarse razonablemente que tenga como consecuencia poner en riesgo la salud o la condición de la persona.
- Resumen en lenguaje simple. Una declaración por escrito en lenguaje claro, conciso y fácil de entender donde se avise a las personas que Beacon Health System ofrece ayuda económica.
- Pago por cuenta propia o Sin seguro. Un paciente que no tiene cobertura de terceros de un plan de seguro médico, Medicare o Medicaid financiado por el estado, o cuya lesión no es del tipo que recibe remuneración para los efectos de la compensación de los trabajadores, seguro de automóvil ni otro seguro, según lo determine y documente el hospital.
- Paciente con seguro insuficiente. Un paciente o un responsable con cobertura de terceros para servicio de atención médica que posiblemente tenga una cantidad extraordinaria debido a que no puede pagar a causa de los ingresos de la unidad del grupo familiar.

Disponibilidad de programas de ayuda económica

Beacon Health System anunciará ampliamente la disponibilidad de ayuda usando los siguientes métodos:

- La Política de ayuda económica y el Resumen en lenguaje simple se tendrán disponibles en cada acceso principal y puntos de registro para pacientes en cada centro hospitalario y consultorio médico. El material publicado incluirá instrucciones de cómo obtener una versión impresa del resumen en lenguaje simple y la solicitud de ayuda económica sin cargo.
- El resumen de la Política de ayuda económica y la solicitud se tendrán disponibles en línea en www.beaconhealthsystem.org/assist.
- En las declaraciones del paciente se incluirá información de cómo enviar una solicitud de ayuda económica.

También se pueden obtener copias impresas de la Política de ayuda económica y de la solicitud así:

- Llamando a Servicio al Cliente (Customer Service) al (574) 647-7167
- Presentándose a la oficina de Caja situada en:

○ Memorial Hospital of South Bend
615 N. Michigan St., South Bend, IN 46601

Elkhart General Hospital
600 East Boulevard, Elkhart, IN 46514

Community Hospital of Bremen
1020 High Rd, Bremen, IN 46506

Three Rivers Health
715 S Health Pkwy, Three Rivers, MI 49093

- Pídalos por correo postal escribiendo a:
Beacon Central Office
Attn: Patient Accounts
3245 Health Drive
Granger, IN 46530

Los pacientes con saldos después del seguro (por ejemplo, deducibles, copagos y cantidades de coseguro) posiblemente sean elegibles para recibir ayuda económica si los requisitos de elegibilidad se cumplen sea que el plan médico sea contratado o no contratado.

Los pacientes que han agotado los límites de la política son elegibles para recibir ayuda económica si se cumplen los requisitos. (Los saldos de cuenta pendientes después de que se agoten los límites de la política se consideran sin seguro y son elegibles para recibir ayuda económica, o descuento para pagos por cuenta propia si no son elegibles para recibir ayuda económica). Los pacientes de Medicare son elegibles para recibir ayuda económica si se cumplen los requisitos de elegibilidad.

El paciente debe cooperar en proporcionar toda la información del seguro de terceros e información de la responsabilidad de terceros. El paciente debe agotar la cobertura del seguro/de responsabilidad de terceros antes de que este reciba ayuda económica.

El paciente debe cooperar con procurar la inscripción en todos los programas de cobertura médica asequible que le sean accesibles antes de considerar la aprobación de la ayuda económica. Navegadores y asesores de solicitudes certificados en Indiana y Michigan darán ayuda con la evaluación y la inscripción como un servicio del hospital libre de cargo al paciente.

Si la cuenta se asigna a una agencia de cobros, el paciente puede seguir enviando una solicitud de ayuda económica.

Solicitud de ayuda

La elegibilidad del paciente para recibir ayuda económica se determinará por medio de un proceso de solicitud.

El formulario de solicitud de ayuda económica de Beacon Health System es el formulario válido de solicitud para el proceso de solicitud. Se tendrá la Política de ayuda económica y la solicitud de Beacon Health System disponibles para todos los pacientes.

- Se exige una firma en la solicitud (del paciente, del garante o del representante legal). El paciente/garante tienen la responsabilidad de completar una solicitud de ayuda.
- La solicitud necesita que el paciente proporcione su nombre, dirección actual e información válida de contacto, y los nombres y las edades de las personas de su grupo familiar.
- La solicitud exige que el paciente mencione todas las cantidades de ingresos, sus fuentes, gastos y activos. La documentación de toda la información que se proporciona en la solicitud es necesaria para completar la solicitud de ayuda. Beacon Health System, o su designado, podrían usar las bases de datos nacionales de las oficinas de crédito para verificar o validar la información que se proporciona. Es posible que también se pida una declaración por escrito de las personas que estén manteniendo al solicitante, si los ingresos corrientes o la falta de ellos no son suficientes para cubrir sus gastos diarios para vivir.
- Se tienen asesores financieros de pacientes disponibles para ayudar a cualquier persona que envíe una solicitud de ayuda y están disponibles durante el horario hábil en el centro hospitalario. Es posible que se exija la verificación de los ingresos solicitados y una lista completa de todos los miembros del grupo familiar que cuentan.
- Es posible que se use una solicitud de ayuda económica para los servicios cubiertos que se presten hasta seis meses después de la fecha en que se aprobó la solicitud de ayuda económica.
- El paciente puede apelar la decisión de ayuda económica denegada escribiendo a:

Executive Director of Revenue Cycle

3245 Health Dr.

Granger, IN 46530

Cargos

Beacon Health System no facturará a los pacientes aprobados para recibir ayuda económica según esta política para atención de emergencia u otra atención médica necesaria más de las cantidades generalmente facturadas a personas que tienen seguro (por ejemplo, Beacon Health System no cobrará a los pacientes aprobados para recibir ayuda económica según esta Política por atención de emergencia u otra atención médica necesaria más de los cargos brutos por tal atención multiplicado por el porcentaje de AGB. Consulte el porcentaje de AGB en el Adjunto 1.

Criterios para ayuda económica

La política estipulada permite que los pacientes califiquen para recibir ayuda por dos medios: económico o motivo catastrófico. El Programa de Ayuda Económica (Financial Assistance Program) también permite ayuda parcial o completa según los criterios de elegibilidad estipulados en esta política.

Ayuda económica

- Un paciente que califique para recibir ayuda económica es una persona sin seguro o que tiene seguro insuficiente, recibe atención médica necesaria y no puede pagar su factura.
- Para ser elegible para recibir ayuda según las directrices de ayuda económica, los ingresos de una persona deben estar en el porcentaje, o por debajo de él, del Nivel Federal de Pobreza (FPL), según lo determinen las Directrices Federales de Pobreza. (Consulte el Anexo 1 para tener acceso a una tabla de porcentajes de aprobación según el % del FPL). El tamaño del grupo familiar y los ingresos determinan el % del FPL. Beacon Health System, o su designado, pueden considerar otros activos y pasivos financieros de la persona cuando determinen la elegibilidad.
- Beacon Health System usará las directrices más recientes de ingresos en nivel de pobreza generadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. para determinar la elegibilidad de una persona para recibir ayuda económica. Las directrices de ingresos en nivel de pobreza se publican anualmente en el *Registro Federal* y, para los propósitos de esta política, entrará en vigor el primer día del mes siguiente al mes de la publicación.
- Para calificar según la parte de la ayuda económica de esta política, debe presentarse una solicitud de ayuda económica debidamente completada y firmada, y debe ir acompañada por una constancia de ingresos, una carta de apoyo, una constancia de activos financieros y otros documentos que se pidan.

Criterios para ayuda por motivo catastrófico

- Un paciente que califique para recibir ayuda por motivo catastrófico es una persona cuyas facturas de hospital excedan un porcentaje especificado de los ingresos brutos anuales de la persona según se estipula en esta política y que esté incapacitada para pagar la factura restante.
- Para ser elegible para recibir ayuda por motivo catastrófico, la cantidad adeudada por el paciente debe exceder el ciento cincuenta por ciento (150 %) de los ingresos brutos anuales del paciente, y el paciente debe estar incapacitado para pagar la factura restante. Beacon Health System puede considerar otros activos y pasivos financieros de la persona cuando determine la capacidad de pago.
- Si un paciente tiene activos de dinero en efectivo, esos activos pueden considerarse también en relación con la cantidad facturada.
- Si se toma una decisión de que un paciente tiene la capacidad de pagar el resto de la factura, dicha determinación no impide una nueva evaluación de la capacidad de pago del paciente en una fecha posterior si es que sus circunstancias económicas cambian.
- Después de que se determine la elegibilidad según esta cláusula, se dará ayuda para descontar la factura en un 75 % del saldo vigente.

Factores que se deben considerar para la ayuda económica

Tamaño e ingresos del grupo familiar

Se pueden considerar los siguientes factores cuando se determine la elegibilidad del paciente para recibir ayuda de todos los residentes que devengan ingresos en la unidad del grupo familiar que cuenta, a menos que no sean dependientes según las directrices del IRS para determinar si un miembro de un grupo familiar se puede considerar dependiente.

- Los últimos 3 recibos de pago o una carta del empleador donde se verifiquen los ingresos brutos, si están actualmente empleados. Esta documentación no debe tener más de 30 días de antigüedad a partir de la fecha de su expedición, e incluir información del año a la fecha.
- Los últimos 3 estados de cuenta bancarios (incluyendo explicaciones de depósitos habituales que no se explican en los recibos de pago).
- Carta de concesión o de derecho del Seguro Social u otra constancia de concesión bruta mensual.
- Ingresos por jubilación.
- Ingresos por inversiones.
- La declaración de las personas que están dando manutención directa cuando no haya ingresos reportados.

- Número de dependientes, según lo define el IRS.
 - Menor de 19 años para fin de año.
 - Menor de 24 años y estudiante de tiempo completo (debe proporcionar constancia).
 - Menor que viva en el grupo familiar más de la mitad del año.
 - El menor no se mantuvo sin ayuda más de la mitad del año.
- Declaración de impuestos más reciente (incluyendo todos los cuadros de respaldo), si están disponibles.
- Lista de gastos.
- Otros recursos económicos que produzcan ingresos.
- Si trabaja por cuenta propia, Ingresos brutos menos Costo de mercaderías vendidas (información normalmente disponible en el Cuadro S).

Capacidad económica

- Las personas con la capacidad económica para comprar cobertura de seguro médico por medio del Mercado de Seguros Médicos posiblemente necesiten comprar y se les dará acceso para que se reúnan con un navegador certificado en Indiana como medio para garantizar acceso a servicios de atención médica, para su salud personal en general y para la protección de sus activos individuales.
- Las personas sobre las que se ha determinado que no son elegibles para Medicaid u otra cobertura asequible de atención médica deben proporcionar constancia de denegación.
- Ni los cupones de alimentos ni el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) contarán como ingresos.

Motivos para no ser elegible para recibir ayuda económica

- Los ingresos del grupo familiar exceden el máximo del FPL; sin embargo, el paciente podría calificar según la cláusula por motivo catastrófico de esta política.
- Si un paciente es elegible para Medicaid, el Mercado de Seguros Médicos (Healthcare.gov) u otros programas estatales o federales y el paciente incumple en cooperar en el proceso de solicitud, de nueva solicitud o de apelación, o el paciente no paga la prima mensual necesaria, haciendo con ello que el paciente sea inelegible para el programa del Estado.
- Si el paciente es elegible y está inscrito en un plan del Mercado de atención médica y no paga la prima mensual obligatoria, causando con ello la interrupción de la cobertura del plan médico.
- Los servicios no son médicamente necesarios o están excluidos del programa.
- Los servicios excluidos incluyen, entre otros:
 - Cirugía cosmética;
 - Tratamientos por infertilidad, servicios de fertilidad, esterilización, reversión de la esterilización;
 - Servicios denegados por su seguro debido a falta de cumplimiento de sus requisitos de cobertura del seguro;
 - Servicios que su compañía de seguros le reembolsa directamente;
 - Servicios que otro tercero reembolsa;
 - Servicios necesarios para el empleo, las escuelas o los deportes.

Elegibilidad posible

Un paciente, en cualquiera de las siguientes circunstancias, se considerará automáticamente elegible para recibir ayuda económica o financiera (posiblemente elegible). No se necesita solicitud si se considera que el paciente es posiblemente elegible para recibir ayuda. Es posible que se necesite documentación que valide estas circunstancias.

- El paciente o el responsable reside en Salvation Army, Center for the Homeless, Hope Rescue Mission o cualquier albergue similar para personas sin hogar, o está en situación sin hogar y no es elegible para Medicaid u otros programas de cobertura médica.
- El paciente falleció y no se ha iniciado ningún proceso sucesorio.
- El paciente está inscrito en un programa de Medicaid de beneficios limitados (por ejemplo, Solo emergencias, Planificación familiar, etc.) y el servicio actual no está cubierto por su plan de Medicaid. Debe haber una denegación de cobertura de Medicaid antes de que se ajuste el saldo para cuestiones benéficas.

Incumplimiento en proporcionar información adecuada

El incumplimiento en proporcionar la información necesaria para completar una evaluación económica podría dar lugar a una determinación negativa. La cuenta también podría enviarse para aprobación si Beacon Health System ha podido verificar la información de un tercero confiable, por ejemplo, el Seguro Social, Medicaid, oficina de reportes de crédito, etc.

Una determinación de elegibilidad para ayuda económica o por motivo catastrófico podría hacerse sin un formulario de evaluación completado, si el paciente o la información no está razonablemente disponible y la elegibilidad se justifica según las circunstancias. Esto se aprobará a discreción del director ejecutivo de Ciclo de Ingresos.

Se avisará a los pacientes que incumplan en proporcionar la documentación o información necesaria.

A ningún paciente se le puede negar la ayuda debido a su incumplimiento en proporcionar información o documentación que no se especifique en esta política ni en la solicitud de ayuda económica.

Determinaciones de ayuda económica

Todas las solicitudes completas recibirán una determinación para la concesión de la ayuda económica. Al paciente se le dará una copia por escrito de la determinación final.

Determinaciones favorables

Una determinación favorable incluirá la siguiente información:

- La fecha de aprobación
- Porcentaje de la ayuda aprobada
- Período de tiempo en que la aprobación es aplicable

Determinación desfavorable

Una determinación desfavorable incluirá un motivo:

- Los servicios se excluyen categóricamente de considerarse (por ejemplo, no de emergencia o cosméticos).
- La persona está totalmente cubierta o recibe servicios totalmente cubiertos de un tercero asegurador o programa del gobierno.
- Los estándares de elegibilidad según el FLP no se cumplieron.
- La persona no tomó medidas razonables para obtener cobertura de terceros para la que se determinó que era elegible.
- Recibió el pago de un tercero por los servicios.
- La persona no cumplió las peticiones de un tercero pagador.

Prácticas de créditos y cobranzas

Beacon Health System depende del pago puntual de las cuentas por pagar de los pacientes para permitir que el H continúe proporcionando atención médica de calidad superior y para conseguir lo último en tecnología de atención médica para sus pacientes. Beacon Health System, reconociendo la carga que los gastos imprevistos en atención médica pueden significar para los pacientes y sus familias, ayudará a los pacientes a resolver las cuentas pendientes por servicios del hospital trabajando con terceros pagadores para adjudicar los reclamos de seguros del paciente y dando planes alternativos de pago a los pacientes. Con la excepción de algunos planes de atención gubernamentales y contratados, la responsabilidad final de la resolución o del 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 seguro o con los empleadores, según corresponda. Si hubiera un saldo pendiente calculado para pago por cuenta propia, Beacon Health System pedirá a los pacientes que no son de emergencia que paguen el saldo antes o en el momento del ingreso/registro.

- Los pacientes sin seguro se clasificarán para otra cobertura por medio de programas de ayuda estatal o elegibilidad para ayuda económica antes de pedir un depósito por la atención.

- Beacon Health System podría pedir y cobrar un depósito, según la parte total calculada del paciente respecto de una factura, de ingresos apropiados no de emergencia para pacientes hospitalizados, pacientes de cirugía ambulatoria y pacientes programados para procedimientos ambulatorios antes de o en el momento del ingreso o registro. Si una solicitud de pago no se hace antes de o en el momento de la llegada del paciente, un asesor financiero puede calcular la cantidad estimada de depósito y conversar con el paciente/garante sobre el pago después del proceso de ingreso o registro por medio de una entrevista por cuestiones económicas. (En algunos casos, esto podría ocurrir mientras el paciente está en la habitación que le asignaron). En el momento del alta, a los pacientes de Emergencia se les puede pedir que hagan cualquier copago o paguen cualquier deducible.
- Cuando sea procedente, Beacon Health System puede identificar, y pedir el pago de, saldos anteriores del paciente como parte de la petición de depósito. El pago de saldos previos que hayan quedado abiertos no retrasará la atención de emergencia o médica necesaria. El asesor financiero de pacientes considerará los saldos previos que hayan quedado abiertos de tiempo atrás siempre que se desarrollen convenios de pago o un programa alternativo de pago para un paciente.
- A los pacientes sin seguro se les da un 35 % de descuento del cargo bruto por cargos del hospital. A los pacientes sin seguro se les da un 20 % de descuento de los cargos brutos por servicios médicos.
- Además de dinero en efectivo, cheque y tarjetas de crédito, los métodos aprobados de convenios de pago podrían incluir:
 - Plan de pagos – Un plan de pagos directamente con el hospital no debe sobrepasar doce meses.
 - HELP Financial – Un plan de pagos ampliado que le permite al paciente un período ampliado que no debe exceder 36 meses al 0 % de interés para pagar su saldo a partir de \$100. Los pacientes pueden optar por inscribirse en un Plan de pagos de HELP Financial en cualquier momento durante el proceso de cobro.
 - Elegibilidad para el programa de Medicaid – Se evaluará a los pacientes que no tengan cobertura cuando se presenten en el hospital para recibir tratamiento para determinar otra cobertura por medio de programas de ayuda estatal. Un especialista en elegibilidad ayudará al paciente/garante a completar y presentar todos los formularios necesarios que exige el Departamento de Asistencia Pública de Indiana para estos tipos de programas.
 - Ayuda económica del hospital – Se harán los esfuerzos razonables por determinar si los pacientes son elegibles para recibir ayuda económica por medio del Programa de Ayuda Económica del hospital.
- Si un paciente no califica para recibir ayuda económica y no paga su cuenta de acuerdo con las opciones estipuladas o incumple en pagar su saldo después de aplicarse la ayuda económica calificada, entonces se procesará la cuenta del paciente para pasarla a una agencia de cobros de acuerdo con la política de Liquidación de deudas incobrables.
- Al paciente se le extenderá un aviso final de 30 días antes de pasar las cuentas a una agencia de cobros y emprender cualquier acción extraordinaria de cobro. No se adoptarán medidas extraordinarias de cobro sino hasta después de que Beacon Health System haya hecho los esfuerzos razonables por determinar si un paciente calificará para recibir ayuda económica. Las medidas extraordinarias de cobro pueden incluir demandas o embargo de salarios.

Incumplimiento del paciente en pagar el resto de una cuenta después de la ayuda económica

El incumplimiento de un paciente/garante en pagar el resto de su cuenta después de deducir la parte de la ayuda podría causar que la cuenta pase a una agencia de cobros. Al paciente se le extenderá un aviso final de 30 días antes de pasar las cuentas a una agencia de cobros. El resto de la cuenta quedará sujeto a cualquier medida de cobro, incluyendo un recurso legal como una demanda o un embargo de salarios si este permanece sin pagar.

Procesamiento y aprobaciones

Una vez que se haya procesado la solicitud de ayuda económica del paciente, se enviará una solicitud para aprobación. Se necesitan aprobaciones según las cantidades mencionadas abajo:

Hasta por \$250	Asesor financiero de pacientes
Hasta por \$10,000	Gerente de Cuentas de Pacientes
Hasta por \$25,000	Director de Contabilidad de Pacientes
Hasta por \$50,000	Director ejecutivo de Ciclo de Ingresos
Hasta por \$100,000	VP de Finanzas
Sin límite (obligatorio para más de \$100,000)	Director de Finanzas

La ayuda económica se aplicará retroactivamente a todas las cuentas abiertas con fechas de servicio que estén en el estatuto aplicable de limitaciones.

Historia de modificaciones del documento:			
Fecha de revisión:	Fecha de modificación:	Revisado/modificado por:	Resumen de cambios:
11/22/2015	11/22/2015	Julie Phillips	<p>Se actualizó al nuevo formato de la política. Se ampliaron las definiciones para los criterios de aprobación.</p> <p>Se cambió el nivel de aprobación para que el coordinador alineara las políticas con ambos hospitales del sistema.</p> <p>Se agregó la definición de Ayuda por motivo catastrófico.</p> <p>Se agregó la lista de proveedores no cubiertos.</p> <p>Se actualizaron los términos en torno al cálculo de las AGB. Se agregó el límite del plazo retroactivo para aprobaciones de cuentas.</p>
11/30/2017	1/7/2018	Julie Phillips	<p>Se agregaron prácticas de facturación y cobros a la Política de ayuda económica. Se actualizaron los niveles de aprobación para agregar el nivel del director ejecutivo.</p> <p>Se actualizó la dirección de oficina correspondiente a la Oficina de Facturación (Billing Office).</p>
05/01/2023	10/01/2023	Molly Hanson	<p>Se hicieron actualizaciones para que incluyeran consideraciones para los planes médicos sin contrato.</p> <p>También se agregó información relacionada con exclusiones para deudas incobrables de Medicare.</p>
4/15/2025	4/15/2025	Molly Hanson	<p>Se alineó la terminología para crear una política simple en todo el sistema. Se agregó el nivel de aprobación para el VP de Finanzas; se alineó el plazo en los saldos anteriores según el estatuto de limitaciones; se actualizó CarePayment a HELP Financial; se aclararon los términos, se actualizó el anexo de proveedores no cubiertos; se actualizaron las AGB; se actualizó la lista de proveedores no cubiertos.</p>

FIRMAS DE APROBACIÓN:

Fecha en que se firmó	Firma		
4/22/2025	Aprobado en el Comité de Asuntos Económicos (Finance Committee) de Beacon Health System		

Anexo 1

Tabla de descuentos

Porcentaje de Niveles federales de pobreza (FPL)	Porcentaje de reducción
0 % a 200 %	100 %
201 % a 300 %	75 %
301 % a 350 %	69 % (porcentaje de AGB*)

*Porcentaje de AGB actualizado el 4/15/2025

Anexo 2

Proveedores no cubiertos por la Política de ayuda económica

- South Bend Emergency Physicians
- Elite Emergency Physicians Inc.
- Apogee Medical Management, Inc.
- South Bend Clinic
- Elkhart Clinic
- Radiology, Inc
- ObGyn Associates of Northern Indiana
- Michiana Anesthesia Care (Southeast Anesthesia)
- Allied Physicians of Michiana
- South Bend Orthopaedics
- Orthopedic & Sports Medicine Center (OSMC)
- Michiana Hematology/Oncology
- Pediatrix, Inc
- South Bend Medical Foundation
- Nephrology Physicians, LLC
- Otorhinolaryngology Associates
- Oaklawn Psychiatric Center
- Campbell Ear, Nose and Throat
- General and Vascular Surgery
- Pediatric Cardiology of Michiana
- Midwest Eye Consultants
- Michiana Gastroenterology
- Family Medicine of South Bend
- Bendix Family Physicians
- River Park Family Medicine