



**Manual de Políticas del Hospital
Sección de Cuentas del Paciente**

Tema:	Política de Asistencia Financiera
Autor:	Director de Ciclo de Ingresos
Aprobado por:	Vicepresidente de Finanzas/Director de Finanzas
Coordinadora de políticas:	Vicki Salyer
Alcance:	Todo el personal CHA
Vigente desde:	3/7/90
Revisado:	7/31/92, 3/8/94, 3/3/97, 6/15/00, 2/28/01, 5/7/01, 3/12/04, 3/1/05, 3/3/06, 4/27/07, 10/10/08, 4/9/09, 7/1/09, 10/23/10, 5/1/11, 3/2/12, 3/25/13 (Anexo 1 únicamente), 12/31/14, 12/29/15
Revisado:	N/A
Referencia(s):	N/A
Número anterior:	7220.01
Anexo(s):	Anexo A: Tablas de Información (Página 15) Anexo B: Solicitud de Asistencia Financiera (Páginas 16-17) Anexo C: Resumen en términos sencillos (Página 18)

PROPÓSITO: Asegurar que existan políticas y procedimientos para la identificación de pacientes a quienes deba prestarse servicio en forma gratuita o con un descuento basado únicamente en la capacidad de pago, la situación financiera y la disponibilidad de fondos de terceros. Diferenciar claramente a los pacientes elegibles para recibir Asistencia Financiera en función de los lineamientos establecidos de los pacientes con recursos financieros que no están dispuestos a pagar.

DECLARACIÓN DE POLÍTICA:

- A. Es la política de Community Hospital Anderson (CHA) que cualquier persona que se identifica a sí misma como incapaz de pagar la totalidad o parte de su atención médica mantiene el derecho a solicitar asistencia financiera. Los asociados de Community seguirán un **proceso de liquidación financiera** para determinar si un paciente cumple con la definición de CHA de paciente indigente en términos médicos o si puede calificar para recibir otras formas de asistencia financiera. La caridad no se considera un reemplazo de la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de Community y cumplan los requisitos de documentación requeridos a los fines de calificar para el programa de asistencia. Además, se espera que los pacientes contribuyan con el costo de su atención en función de su capacidad de pago. Se alentará a las personas con capacidad financiera a que paguen un seguro con el fin de garantizar su

acceso a servicios de salud futuros, proteger su salud en general, resguardar sus activos y reducir los costos de atención para ciudadanos del Condado de Madison.

B. Community Hospital Anderson, en consonancia con su misión, está al servicio de las necesidades médicas de la comunidad sin distinción de raza, credo, color, sexo, origen nacional, orientación sexual, discapacidad, residencia, edad, capacidad de pago, o cualquier otra clasificación o característica. Reconocemos la necesidad de brindar atención a las personas enfermas que no poseen capacidad de pago. Se proporcionarán servicios de salud médicamente necesarios a dichos pacientes sin esperar reembolso o a un nivel de reembolso reducido en función de los criterios establecidos, previo reconocimiento de la necesidad de mantener la dignidad del paciente y su familia durante el proceso. Esperamos que todas las partes responsables con capacidad de pago cumplan con sus obligaciones financieras de manera oportuna y eficiente, de acuerdo con nuestras políticas de cobro. El alcance considerado de atención gratuita o con descuento será revisado y aprobado sin poner en peligro nuestra viabilidad financiera continua.

C. Definiciones:

- **Atención de Caridad:** Servicios médicos necesarios prestados, de los cuales nunca se espera un reembolso en su totalidad. Estos servicios representan la política del hospital de brindar atención gratuita o con descuento a miembros que califican para el área de servicio (indicado en el Anexo A).
- **Atención de Emergencia:** Atención inmediata que se necesita para evitar poner la salud del paciente en un peligro grave, en deterioro grave de las funciones corporales, o en disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
- **Atención urgente:** Atención médica necesaria para tratar condiciones médicas que no ponen la vida en peligro inmediatamente, pero podrían dar lugar a la aparición de una enfermedad o lesión, discapacidad, muerte, o deterioro grave o disfunción si no se tratan dentro de las 12-24 horas.
- **Cantidad Generalmente Facturada (CGF):** La cantidad generalmente facturada a los pacientes asegurados por la atención de emergencia o médicamente necesaria según se calcula mediante la revisión de la tasa de reembolso de reclamos cerrados de los 12 meses anteriores correspondiente al Seguro Comercial y de Medicare. La CGF se actualiza todos los años.
- **Cargos Brutos:** El importe total cobrado por Community por los artículos y servicios antes de cualquier descuento; se aplican las prestaciones contractuales o deducciones.
- **Costo de la atención:** En los casos en que puedan aplicarse descuentos o la Política de Asistencia Financiera, se harán ajustes al total de cargos brutos, a menos que se especifique lo contrario.

- **Familia:** Según la definición de la Oficina de Censos, un grupo de dos o más personas que viven juntas y que están vinculadas por nacimiento, matrimonio o adopción. De acuerdo con el Servicio de Rentas Internas, si el paciente alega que otra persona es su dependiente sobre la base de su declaración de ingresos, esta puede considerarse su dependiente a los fines de la prestación de asistencia financiera.
- **Indigente en términos médicos:** Un paciente indigente en términos médicos se define como aquel cuyos ingresos son suficientes para cubrir los gastos básicos, pero que no puede pagar servicios médicos. El término también se puede aplicar a personas con ingresos adecuados que se enfrentan a facturas médicas extremadamente e inesperadamente elevadas.
- **Ingreso Familiar:** El Ingreso Familiar se determina utilizando la definición de la Oficina de Censos, que utiliza los siguientes ingresos cuando se calculan los Lineamientos de Pobreza Federales: ingresos, compensación por desempleo, compensación de trabajadores, seguro social, ingreso suplementario de seguridad, asistencia pública, pagos a veteranos, prestaciones para sobrevivientes, ingresos por pensión o jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de propiedades, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de los hijos, asistencia ajena al hogar y otras fuentes diversas; los beneficios no monetarios (tales como cupones de alimentos y subsidios de vivienda) no cuentan; determinado sobre una base antes de impuestos; excluye las ganancias y pérdidas de capital; si una persona vive con la familia, incluye los ingresos de todos los miembros de la familia (no se cuentan las personas que no son parientes, tales como compañeros de casa).
- **Medicamento necesario:** Servicios hospitalarios o atención prestada a un paciente, tanto en forma ambulatoria como hospitalizada, con el fin de diagnosticar, mitigar, corregir, curar o prevenir la aparición o el empeoramiento de condiciones que ponen en peligro la vida, que causan sufrimiento o dolor, que causan deformidad física o mal funcionamiento, que amenazan causar o agravar una discapacidad, o que provocan una condición general de enfermedad.
- **No asegurado:** Paciente sin un nivel de seguro u otra asistencia de terceros que ayude con las obligaciones de pago correspondientes a servicios de salud.
- **Presunta Elegibilidad:** El proceso por el cual Community puede utilizar determinaciones o información de elegibilidad anteriores de otras fuentes distintas a la persona a fin de determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera.
- **Seguro insuficiente:** El paciente tiene algún tipo de seguro de salud, pero los gastos del propio bolsillo superan su capacidad financiera.

- **Solicitante:** El Paciente o Garante que solicita examinación para el Programa de Asistencia Financiera. Esto puede incluir una persona o una familia (múltiples asalariados dentro de la misma casa) que cumplen con la definición de "familia" que figura a continuación.

D. Detalle del programa

1.0 Términos de la política

1.1 Esta sección se ha dejado en blanco de manera intencional.

1.2. **No discriminación:** Prestaremos servicios a nuestros pacientes que tienen necesidad de recibir servicios Médicamente Necesarios, independientemente de la capacidad de pago de dichos servicios por parte de la Parte Responsable. La determinación de la Asistencia Financiera total o parcial se basa en la capacidad de pago y la situación financiera y no se basa en la raza, credo, color, sexo, origen nacional, orientación sexual, discapacidad, residencia, edad, o cualquier otra clasificación o característica. Además, y luego de una determinación de elegibilidad según el Programa de Asistencia Financiera y de acuerdo con la Ley de Asistencia Asequible (ACA, por sus siglas en inglés), no se le cobrará a la persona elegible en concepto de servicios de emergencia u otros servicios médicos necesarios más que las cantidades generalmente facturadas a las personas que tienen un seguro que cubre tales servicios.

1.3. **Servicios Disponibles:** Todos los servicios de salud médicamente necesarios disponibles, tanto ambulatorios como hospitalizados, estarán a disposición de todas las personas en virtud de esta política. En particular, los siguientes servicios de atención de la salud están incluidos en el ámbito del Programa de Asistencia Financiera en Community:

- Servicios Médicos de emergencia prestados en un departamento de Emergencias de cualquier hospital de Community Health Network (RC 450,451).
- Servicios prestados en cualquier centro y cuya demora daría lugar a un cambio adverso en el estado de salud de un paciente.
- Servicios no electivos prestados en respuesta a circunstancias que ponen la vida en peligro en un departamento distinto al de emergencia.

1.4. Exclusiones del programa:

1.4.1. Todos los servicios prestados a un paciente que se consideren electivos o no médicamente necesarios no estarán sujetos a ningún régimen de descuento de asistencia financiera. Se incluyen, sin carácter taxativo, los siguientes tipos de servicios:

- Procedimientos estéticos (plástica).
- Procedimientos bariátricos.
- Servicios por infertilidad.
- Determinados procedimientos ortopédicos.
- Pruebas genéticas que no se utilizan para el tratamiento.
- Los procedimientos o pruebas que no están cubiertos por

Medicare pueden excluirse.

1.4.2. La Atención de Caridad no se considera un reemplazo de la responsabilidad personal, y se espera que el paciente o garante contribuyan con el costo de la atención en función de la capacidad de pago. Por este motivo, se excluirá lo siguiente de la prestación de cobertura de caridad:

1.4.2.1 La cobertura bajo el programa de Community solo se proporcionará a ciudadanos de los Estados Unidos o extranjeros legalmente documentados, y es posible que se pida a los solicitantes que proporcionen documentación relativa a su ciudadanía o estatus legal. Se realizan excepciones para los servicios de emergencia.

1.4.2.2 La cobertura excluirá a los solicitantes que residan fuera de la zona de servicio primaria de Community de Indiana.

1.4.2.3 Se ha dejado en blanco en forma intencional.

1.4.2.4 A los pacientes cuyos ingresos estén por debajo del 100% del Nivel Federal de Pobreza (FPL por sus siglas en inglés), que cumplan todos los demás requisitos de la política y que hayan cooperado con los intentos de obtener un seguro de salud se les otorgará una cancelación benéfica del 100%.

- Los pacientes con ingresos de entre el 101% y el 200% del FPL tendrán una responsabilidad parcial que corresponde al paciente de \$25 para cada cuenta ambulatoria y de \$50 para cada observación en la Sala de Emergencias o visita de hospitalización.
- Los pacientes con ingresos de entre el 201% y el 300% del nivel federal de pobreza pueden ser elegibles para obtener beneficios por el concepto de la escala móvil por dificultades económicas extremas, como se establece en el Anexo C.

1.4.2.5 Se pueden realizar excepciones de cobertura en el caso de dificultades económicas extremas debido a los costos excesivos de medicamentos, hospitalizaciones extensas u otras circunstancias atenuantes. La determinación de cobertura de estas circunstancias especiales será revisada en cada caso. Se realizarán excepciones cuando la deuda médica total alcance o supere el 25% de los ingresos anuales del hogar.

2.0 Determinación de elegibilidad

2.1. **Servicios de Emergencia:** De acuerdo con la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo (EMTALA, por sus siglas en inglés), en su versión modificada oportunamente, no se intentará una determinación de elegibilidad hasta después de que se haya realizado un examen médico apropiado y de que se haya proporcionado el tratamiento de estabilización

necesario. Si el paciente requiere Servicios de Emergencia, la determinación de elegibilidad se realizará después de que se hayan prestado los servicios.

- 2.2. **Servicios distintos a los de Emergencia:** En situaciones distintas a las de emergencia, la determinación de elegibilidad para recibir Asistencia Financiera se realizará *antes* de la prestación de servicios. Si no hay información completa disponible sobre el seguro del paciente o la situación financiera de la parte responsable antes de prestar los servicios o en el momento de prestar los servicios, la determinación de elegibilidad se realizará después de la prestación de servicios. Community Hospital Anderson puede requerir que se demore el servicio hasta que se pueda realizar una determinación.
- 2.3. Se harán todos los esfuerzos a fin de establecer la elegibilidad para recibir Asistencia Financiera antes de que el paciente abandone el centro/concluya la primera visita del paciente.

3.0 Confidencialidad y Participación

- 3.1. La necesidad de Asistencia Financiera puede ser un tema sensible y profundamente personal para el paciente/la familia. La confidencialidad de la información y la preservación de la dignidad individual se mantendrán para todas las personas que buscan asistencia financiera. La orientación, capacitación y selección del personal que pondrá en práctica esta política y este procedimiento serán guiadas por estos valores. No podrá divulgarse información obtenida en la solicitud de Asistencia Financiera a menos que el paciente/la parte responsable otorgue su permiso expreso por escrito para dicha divulgación.
- 3.2. **Información del Personal:** Todos los empleados en las áreas de registro de pacientes, facturación, cobros, cuentas del paciente, finanzas y áreas de servicios de emergencia comprenderán los fundamentos de la Política de Asistencia Financiera y serán capaces de derivar consultas al (a los) miembro(s) del personal apropiado.
- 3.3. **Capacitación del Personal:** Todo el personal que tenga contacto con el público y los pacientes será capacitado para comprender la información básica relacionada con la Política de Asistencia Financiera y proporcionará material impreso a las partes responsables en el cual se explique el Programa de Asistencia Financiera.
- 3.4. Esta sección se ha dejado en blanco de manera intencional.
- 3.5. **Participación del Médico:** Alentaremos y apoyaremos a los médicos que no sean empleados de Community y posean privilegios de admisión, así como a otras personas que presten servicios a nuestros pacientes, a fin de que estos establezcan e implementen un Programa de Asistencia Financiera para los pacientes que atiendan en relación con los servicios prestados por Community. Proporcionaremos estado de calificación para pacientes individuales previa solicitud a los médicos que hagan todos los esfuerzos a fin de lograr la liquidación financiera de sus pacientes. Dicha comunicación revelará información mínima necesaria.

4.0 Esfuerzos de Cobro

4.1. No obstante cualquier otra disposición de cualquier otra política en Community en materia de facturación y cobro, dicha institución no se involucrará en ninguna acción de cobro extraordinaria antes de hacer los esfuerzos razonables para determinar si una persona que tiene una factura impaga de Community es elegible para recibir asistencia financiera en virtud de esta política. Las acciones que Community puede adoptar en caso de falta de pago, y el proceso y los plazos para iniciar estas acciones se describen con más detalle en la Política de Facturación y Cobros de Community. Puede obtenerse una copia gratuita de esta política en línea en www.communityanderson.com o llamando a Atención al Cliente al 765-298-3300.

4.1.1. Para propósitos de esta política, "Esfuerzos extraordinarios" incluyen demandas, embargos, incautaciones u otros esfuerzos de cobro que sean considerados extraordinarios por el Departamento del Tesoro de los EE. UU. o el Servicio de Rentas Internas.

5.0 Notificación/Deber de Informar - Community llevará a cabo los siguientes esfuerzos para dar a conocer públicamente su Política de Asistencia Financiera:

- 5.1. Notificación Escrita: Se exhibirá un despliegue público y visible que atraiga la atención del visitante en la sala de emergencia y en el área de admisiones. Estos letreros tendrán un tamaño considerable. Todas las publicaciones y materiales informativos relacionados con el Programa de Asistencia Financiera serán traducidos a los idiomas apropiados para las personas en el área de servicio.
- 5.2. Notificación Oral: Todos los puntos de acceso harán todo lo posible para informar a cada parte responsable acerca de la existencia del Programa de Asistencia Financiera de Community en el idioma apropiado durante cualquier proceso de admisión previa, registro, admisión o alta. Además, el proceso de cobro posterior al servicio integrará la notificación de la disponibilidad de asistencia en el proceso estándar cuando fallen los esfuerzos de cobro.
- 5.3. Notificación de Declaración: Las declaraciones proporcionarán información sobre el Programa de Asistencia Financiera.
- 5.4. Esta sección se ha dejado en blanco de manera intencional.
- 5.5. Esta sección se ha dejado en blanco de manera intencional.
- 5.6. Community hará un resumen en términos sencillos de la política disponible en línea en www.communityanderson.com. Todas las publicaciones y materiales informativos relacionados con el Programa de Asistencia Financiera publicados en el sitio web serán traducidos a los idiomas apropiados para las personas en el área de servicio. Proporcionaremos este sitio web a cualquier persona que consulte cómo acceder al resumen en términos sencillos de la política.
- 5.7. En asociación con Covering Kids and Family y United Way of Madison County, Community Hospital Anderson trabajará para notificar a los residentes de la comunidad sobre nuestra Política de Asistencia Financiera

de una manera razonablemente calculada para llegar a dichos miembros de la comunidad.

6.0 Presentación de informes y mantenimiento de registros

- 6.1. Esta política se aplica a Community Hospital Anderson según lo adoptado por las Juntas de Directores aplicables y de acuerdo con los lineamientos proporcionados por los requisitos 501r. Las únicas excepciones son determinadas unidades de negocio que operan para Programas de Asistencia Financiera independientes debido a regulaciones y requisitos legales. Estas entidades se enumeran en la Tabla 1.3.
- 6.2. Presentación de informes: La presentación de informes de asistencia financiera se realizará de conformidad con las leyes, normas y regulaciones aplicables, incluidos los artículos 16-21-9-7 del Código de Indiana, según las modificaciones y recodificaciones realizadas oportunamente. Dicho informe se pondrá a disposición del público a solicitud.
- 6.3. Responsabilidad Corporativa: El director ejecutivo o los funcionarios de cada entidad corporativa, y el director de finanzas, funcionarios o personas que desempeñen funciones similares, certificarán en cada informe anual que el oficial a cargo de la firma ha revisado el informe y, en función del conocimiento del funcionario, que el informe no contiene declaraciones falsas de un hecho material ni omisiones de un hecho material.
- 6.4. Esta sección se ha dejado en blanco de manera intencional.
- 6.5. Mantenimiento de registros internos: Solicitud de Asistencia Financiera: Cuando sea necesario, se mantendrán en archivo solicitudes *completadas* durante un mínimo de cinco (5) años. Se mantendrán una copia de la solicitud y toda la correspondencia relacionada con la solicitud, la aprobación, la negación o apelación, y se pondrán a disposición en el sistema de imágenes de CHA. Se debe registrar toda deuda cancelada de manera que permita el acceso a dicha información para fines de mantenimiento de registros, informes y análisis.
- 6.6. Descuentos automáticos para No asegurados: Se codificarán todos los descuentos automáticos para No asegurados a fin de identificar específicamente el descuento como un "descuento automático para los No asegurados". Los solicitantes con respecto a los cuales se determine que califican para obtener el descuento aplicable por caridad no recibirán el descuento automático para no asegurados.
- 6.7. Prohibición sobre la documentación de registro médico: No se colocarán registros ni se realizarán anotaciones en el registro de salud (médico) de un paciente en relación con cuestiones financieras, lo que incluye si el paciente paga la totalidad o parte de las facturas médicas.

7.0 Circunstancias atenuantes para la Presunta Elegibilidad

- 7.1. El proceso de liquidación financiera puede incluir la investigación y la recopilación de documentación pertinente a fin de verificar el ingreso disponible de todas las fuentes que califiquen (actuales y pasadas), el tamaño de la familia y otros factores que puedan afectar la decisión de

Community Hospital Anderson de extender la atención o asistencia de caridad a una determinada persona. Cualquier persona que siga el proceso de liquidación financiera y, finalmente, cumpla con los lineamientos financieros de Community Hospital Anderson recibirá atención gratuita o servicios con descuentos sustanciales de acuerdo con los recursos financieros del solicitante.

- 7.2. Situación generalizada del paciente: Los siguientes son ejemplos que pueden servir como lineamientos para la consideración de Atención por Caridad:
- Los pacientes no asegurados que no tienen capacidad de pago.
 - Los pacientes asegurados que no tienen capacidad para pagar servicios no cubiertos por su compañía de seguros, con excepción de los copagos aplicables del asegurador.
 - Paciente fallecido sin propiedades.
 - Paciente discapacitado sin respaldo con poco o ningún ingreso.
 - Pacientes involucrados en una catástrofe médica que da como resultado dificultades financieras.
- 7.3. Solicitudes de partes interesadas: Las solicitudes de consideración de la cancelación de la deuda pueden ser propuestas por otras fuentes distintas a la parte responsable, como el médico del paciente, miembros de la familia, grupos comunitarios o religiosos, organizaciones de servicios sociales o el personal de Community. Informaremos a la parte responsable acerca de dicha solicitud y será procesada como cualquier otra solicitud.
- 7.4. Conversión de No asegurados: Cuando un paciente no asegurado haya recibido un descuento sobre una cuenta en virtud de la "Política con descuento para No asegurados" y el paciente califique posteriormente para recibir atención gratuita en relación con dichas cuentas, los cargos brutos totales se aplicarán al componente tradicional de Atención por Caridad del Beneficio de Community.
- 7.5. Presunta Elegibilidad para Asistencia Financiera: Puede haber casos en los que un paciente sea incapaz de completar la solicitud de asistencia financiera o suministrar toda la documentación de respaldo necesaria. En dichos casos, el asesor financiero deberá completar el formulario de inscripción en nombre de un paciente y buscar evidencia de la necesidad económica. Para solicitantes inscritos que no poseen el plan Tradicional de Medicare, el personal de Community empleará todos los recursos disponibles para verificar dicha información, incluidas bases de datos públicas, informes crediticios u otros directorios. Algunos ejemplos incluyen:
- Inscripción actual en el Programa Estatal de Asistencia (cupones de alimentos, bienestar, determinados programas de asistencia farmacéutica, etc.) - Elegibilidad AUTOMÁTICA.
 - Víctimas de desastres naturales, según la designación por códigos postales publicados por el gobierno federal - Elegibilidad AUTOMÁTICA.

- Residente de viviendas con bajos ingresos, con apoyo de un registro de distrito de evaluación del condado - Elegibilidad AUTOMÁTICA.
 - El paciente es elegible para otros programas de asistencia estatales o locales sin fondos.
 - El paciente recibe atención gratuita de una clínica de la comunidad y es derivado a Community para su posterior tratamiento.
 - Historial de crédito desfavorable (cuentas de morosos, cancelaciones, declaración de quiebra durante el último año, ausencia de créditos).
 - Falta de apoyo familiar para pacientes incapacitados.
 - Incapacidad mental, según lo declarado por un profesional médico con licencia.
 - Un paciente fallecido sin propiedades y sin ninguna otra parte responsable del pago que ha cumplido con los criterios necesarios para que podamos cancelar la deuda y remitirla a Atención por Caridad.
- 7.6. Asumiremos que un paciente sin hogar ni evidencia de activos a través de la comunicación con el paciente, informes crediticios y otros medios apropiados, y, que a nuestro leal saber y entender, no cuenta con ninguna parte responsable, asistencia financiera de un Plan de beneficios del gobierno o Atención de salud patrocinada por el gobierno para indigentes, ha cumplido con los criterios necesarios para cancelar la deuda y remitirla a Atención por Caridad. También asumiremos que una persona encarcelada por más de un año no tiene manera de efectuar pagos, y su deuda será dada de alta y remitida a Atención por Caridad.
- 7.7. Los términos del Programa de Asistencia Financiera de Community solo serán aplicables a aquellas personas que demuestren ser ciudadanos de los Estados Unidos o extranjeros legalmente documentados, y que hayan proporcionado prueba de ciudadanía o estatus legal, según fuera necesario.
- 7.8. Cuando un paciente de Medicaid sea admitido para obtener servicios ambulatorios o de hospitalización y posea cuentas pendientes de pago correspondientes a fechas de servicio dentro de los treinta (30) días anteriores a la fecha de entrada en vigencia del Medicaid del paciente, y, a nuestro leal saber y entender, no haya ninguna parte responsable, asistencia financiera de una Plan de Beneficios del Gobierno o Atención de Salud patrocinada por el gobierno para indigentes, asumiremos que el paciente ha cumplido con los criterios necesarios para cancelar la deuda y remitirla a Atención por Caridad.
- 7.9. Tras la confirmación verbal sobre el tamaño de la familia y los ingresos por parte del solicitante, puede usarse información financiera externa, como información de puntajes sobre la "propensión al pago" proporcionada por un proveedor externo, como una herramienta de evaluación para la verificación manual de la elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera.

8.0 Proceso y administración del programa

8.1. Solicitud de Asistencia Financiera: A pedido de Community, la Solicitud de Asistencia Financiera debe ser completada por el paciente, o por el asesor financiero en su nombre, y presentada para su revisión antes de considerar la posibilidad de brindar asistencia financiera (Consulte el ***Anexo B, Solicitud del Programa de Asistencia Financiera***). Los siguientes artículos pueden ser solicitados para fundamentar la necesidad económica de un paciente individual:

- Formularios W-2 recientes, recibos de pago recientes para verificar el nivel de ingresos, formularios de impuestos de ejercicios anteriores, declaraciones de bancos o cooperativas de crédito por cuentas corrientes y de ahorro y otras declaraciones de instituciones financieras o legales para verificar fuentes adicionales de ingresos que califican.
- Datos externos que proporcionan información sobre la capacidad de pago de un paciente o garante.
- Prueba de no calificación para cualquier otro Programa de Asistencia Financiera del Estado/Gobierno (es decir, Medicaid u otros programas del condado o de la ciudad basado en subvenciones).

8.2. Community y sus asociados comerciales harán el máximo esfuerzo para identificar fuentes alternativas de pago a través de la calificación del paciente en otros programas antes de brindar asistencia financiera. Este esfuerzo requerirá la cooperación del paciente/garante. La falta de cooperación con esta fase del proceso de determinación descalificará al paciente del Programa de Asistencia Financiera de Community Hospital Anderson.

8.3. La recopilación de datos sobre el tamaño y los ingresos de la familia son los principales impulsores de cálculo para determinar la calificación para obtener asistencia financiera. Las definiciones de Community sobre el tamaño y los ingresos de la familia se encuentran en la sección "Definiciones" de esta política. A los efectos de determinar el alcance de la documentación requerida junto con la solicitud:

8.3.1. Cuando el paciente es menor de edad no emancipado: Madre y padre biológicos o padrastros si el niño es adoptado y todas las personas en las declaraciones de impuestos, contribuyentes y dependientes de estos; o, en el caso de que otra persona que no figura en este documento firme como responsable financiero, la persona que firmó más el cónyuge y todos los dependientes en la declaración de impuestos de dicha persona.

8.3.2. Cuando el paciente no es menor de edad o es un menor emancipado: El paciente, el cónyuge y los dependientes de este en las declaraciones de impuestos del paciente y/o su cónyuge; o, en el caso de que otra persona que no figura en este documento firme como responsable financiero, la persona que firmó más el cónyuge

y todos los dependientes en la declaración de impuestos de dicha persona.

- 8.4. El ingreso familiar, el tamaño de la familia, el % del FPL y otros datos pueden ser obtenidos y utilizados para corroborar los detalles proporcionados a los fines de obtener elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera de Community.
- 8.5. Fundamentos de la Asistencia: El fundamento para el Programa de Asistencia Financiera de Community son los lineamientos del Nivel Federal de Pobreza (FPL por sus siglas en inglés) publicados anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. El cálculo del descuento de asistencia financiera es una conversión de la información demográfica básica del paciente (ingreso mensual familiar y tamaño de la familia) en un % del FPL.
- 8.6. Niveles de Asistencia: Para los solicitantes no asegurados o con un seguro insuficiente, se aplicará un protocolo de asistencia con escala móvil a cada cuenta del paciente de la siguiente manera:
- Los pacientes (solicitantes) con niveles de ingresos menores de 100% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) del año en curso calificarán para obtener una asistencia financiera del 100%.
 - Los pacientes (solicitantes) con niveles de ingresos de entre el 101% y el 200% tendrán una responsabilidad parcial del paciente de \$25 para cada cuenta ambulatoria y de \$50 para cada cuenta de observación, sala de emergencia u hospitalización.
 - Los pacientes (solicitantes) con niveles de ingresos que oscilan entre el 201% y el 300% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) del año en curso calificarán para obtener asistencia parcial determinada por una escala móvil que se detalla en la tabla 1.1.
 - Los pacientes (solicitantes) con niveles de ingresos mayores del 300% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) no serán elegibles para el Programa de Asistencia Financiera, a menos que sean aprobados por el Director del Ciclo de Ingresos. Estos pacientes pueden ser elegibles para recibir tarifas de descuento según el caso en función de su situación específica, como una enfermedad catastrófica, a discreción de Community.
 - Los pacientes (solicitantes) no asegurados y que no cumplan con estos requisitos de ingresos recibirán un descuento del 60% sobre los cargos brutos en función de la Cantidad Generalmente Facturada (CGF) para los servicios médicamente necesarios y de atención de emergencia que reciben.
- 8.7. Limitación de responsabilidad: Las partes responsables que no califican para la asistencia financiera (>300% del FPL) tendrán una deuda médica/dental por año calendario que se limitará al veinticinco por ciento (25%) de los ingresos anuales de su familia. En tales casos, el paciente debe presentar todas las facturas médicas de los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud o la deuda médica deberá constar en el

sistema contable del paciente de Community. En el punto en el que se alcance el umbral del 25% durante este período de 12 meses, Community limitará otros tipos de responsabilidades por servicios prestados dentro de la red que estén sujetos a los términos del Programa de Asistencia Financiera. Declarar la dificultad financiera queda bajo la responsabilidad del paciente o del garante.

- 8.8. Esta sección se ha dejado en blanco de manera intencional.
- 8.9. Margen de las fechas de cobertura de asistencia financiera: Se prefiere, sin carácter obligatorio, que una solicitud de Atención por Caridad y una determinación de necesidad financiera se realicen antes de la prestación de servicios. Sin embargo, la determinación se puede completar en cualquier momento durante el ciclo de recopilación. Se aplican las siguientes restricciones:
- 8.9.1. Las solicitudes de asistencia financiera se deben recibir dentro de los 240 días (Período de notificación de 120 días + Período de solicitud de 120 días) desde la primera declaración del paciente a fin de ser considerado para la prestación de asistencia financiera. Tras la recepción de la solicitud en el Período de solicitud citado, cesarán las acciones de cobro extraordinarias. El paciente debe cooperar con la presentación de documentación de apoyo al solicitarse dentro de un plazo razonable.
- 8.9.2. Se ha dejado en blanco en forma intencional.
- 8.10. Proceso de la solicitud: Se proporcionará una solicitud de asistencia financiera a cualquier parte que la solicite. Esto puede hacerse en persona o por correo. Se proporcionará y pondrá a disposición de la parte responsable asistencia para completar la solicitud según sea necesario, y estas consultas pueden ser remitidas a Servicio al Cliente llamando al (765) 298-3300. Si no puede determinarse la calificación para recibir asistencia financiera mediante el uso de bases de datos externas u otros programas diseñados para establecer la necesidad económica, el paciente también recibirá una lista de documentación adicional requerida para justificar su situación financiera. Si fuera necesario, la solicitud y toda la documentación suplementaria requerida se deben recibir antes de poder tomar una decisión con respecto a la prestación de asistencia financiera.
- 8.11. La parte responsable ("solicitante") tendrá quince (15) días calendario seguidos a la fecha inicial de la solicitud para completar y devolver dicha solicitud. El solicitante podrá solicitar una prórroga de quince (15) días calendario si existe una buena causa, y dicha prórroga no será negada de manera irrazonable. La falta de devolución de una solicitud completa dentro del plazo de quince (15) días o, en el caso de prórroga, de treinta (30) días, puede dar lugar a una denegación de la solicitud y de la cancelación de la deuda.
- 8.12. Esta sección se ha dejado en blanco de manera intencional.
- 8.13. Mediante el uso de la documentación proporcionada o los resultados determinados a través del uso de bases de datos externas u otros programas

diseñados para establecer la necesidad económica, el Asesor Financiero utilizará los criterios del Programa de Asistencia Financiera del año en curso para determinar el "alcance de la elegibilidad", según se detalla en esta política.

- 8.14. Requisitos de notificación de la aprobación/denegación del paciente:
Tras la recepción de una solicitud completa o análisis de la información proporcionado por bases de datos externas u otros programas diseñados para establecer la necesidad económica, se aprobarán o denegarán dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de recepción. Se proporcionará o enviará por correo una carta al solicitante en la que se indicará si hubo aprobación o denegación y, en el caso de aprobación, el monto de la deuda cancelada, cualquier saldo adeudado y la fecha de vencimiento.
- 8.15. Esta sección se ha dejado en blanco de manera intencional.

Tabla 1.1

Escala móvil para descuentos por caridad

% calculado del FPL	% de descuento
≥200%	100%
201%-225%	90%
226%-250%	80%
251%-275%	70%
276%-300%	60%

Tabla 1.2

Proveedores elegibles

Además de la atención prestada en los centros de Community Hospital Anderson, la atención de emergencia y la atención médicamente necesaria proporcionadas por los proveedores que figuran a continuación están cubiertas por una política similar a través de Community Health Network. La información acerca de su póliza puede encontrarse en www.ecommunity.com o llamando al 317-355-5555.

Médicos de Community Health Network

Tabla 1.3

La atención recibida por cualquiera de los proveedores que figuran a continuación en Community Hospital Anderson NO estará cubierta bajo esta política, ya que estos no son empleados de Community Hospital Anderson. Como tales, las facturas recibidas por los pacientes de Community Hospital Anderson por la atención proporcionada por cualquiera de los siguientes proveedores NO serán elegibles para los descuentos descritos en el Programa de Asistencia Financiera. El paciente puede ponerse en contacto directamente con el proveedor para determinar si hay descuentos disponibles o asistencia disponible por parte del proveedor.

Northside Radiology Consultants, LLC
Summit Radiology
Intensivistas, Dres. Malik y Kabir
Community Anesthesia Associates
Médicos de emergencia de Community Hospital Anderson
Community Pathology and Nuclear Medicine, PC
Urology of Indiana
Josephson, Wallack, Munshower Neurology (JWM)
Central Indiana Orthopedics (CIO)

Aprobado por:

Director de Finanzas

Fecha de entrada en vigencia: 1 de enero de 2016



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Gracias por elegir Community Hospital Anderson para servir a sus necesidades de atención de la salud y por expresar interés en nuestro Programa de Asistencia Financiera.

Complete esta solicitud y devuélvala junto con toda la documentación suplementaria requerida dentro de los treinta (30) días a fin de evitar una posible denegación de su solicitud. La información que proporcione será estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún otro fin distinto al de evaluar su necesidad de asistencia financiera. No compartiremos esta información con ninguna persona u organización ajena a Community Hospital Anderson. Además, la información puede ser enviada a Community Health Network y a otros proveedores de servicios médicos como resultado de su estadía en Community Hospital Anderson, a petición del solicitante.

Proporcione la siguiente información a fin de que podamos entender mejor cuántas personas componen su familia. Los dependientes pueden vivir fuera de su hogar de residencia principal siempre que consten en su declaración de impuestos federales (o de su cónyuge).

NOMBRE DEL SOLICITANTE _____ N.º DE TELÉFONO _____
FECHA DE NACIMIENTO _____
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____-_____-_____
CORREO ELECTRÓNICO _____
DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____
ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

INFORMACIÓN FAMILIAR DEL CÓNYUGE/DEPENDIENTE (incluya una página adicional si requiere más espacio para enumerar los familiares dependientes)

NOMBRE	VÍNCULO/RELACIÓN	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO

INFORMACIÓN FINANCIERA DE LA FAMILIA

¿Cuál es el ingreso mensual de su hogar, antes de impuestos (bruto), disponible y en consideración de todas las fuentes, a modo de ejemplo: sueldos, salarios, propinas, comisiones, pensiones, seguridad social, interés, inversiones, renta, regalías, beneficios por discapacidad, compensación por desempleo, etc.? \$ _____

Por favor, envíe copias inalteradas de los siguientes documentos:

- Las primeras dos (2) páginas de su DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES 1040 más reciente y la de su cónyuge, si se presentaron por separado. [En el caso de trabajar por cuenta propia, se debe incluir una copia de la DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES 1040 completa.]
- Los últimos tres (3) recibos de los cheques de pago para todas las fuentes de ingresos en el hogar (incluida la verificación del seguro social, las pensiones, la compensación por desempleo, etc.).
- Estados de cuenta bancaria (tanto corrientes como de ahorro) de los últimos tres (3) meses para todas las cuentas en el hogar, incluidas las cuentas de negocios.
- Prueba de cupones de alimentos, HUD o TANF.



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

INFORMACIÓN ADICIONAL DE CALIFICACIÓN

YO/NOSOTROS CERTIFICO/CERTIFICAMOSE que la información proporcionada es una declaración fiel y exacta del tamaño de mi/nuestra familia y de mi/nuestro ingreso familiar. Community Hospital Anderson está autorizado para comprobar mi/nuestro historial de crédito y empleo, y para responder preguntas relativas a su experiencia de crédito conmigo/con nosotros. Entiendo/entendemos que cualquier distorsión de dicha información dará lugar a la denegación de la asistencia financiera.

Firma del solicitante/garante _____

Fecha _____

Firma del cosolicitante/cónyuge _____

Fecha _____

Por favor, devuelva su solicitud completa y toda la documentación en el sobre con franqueo pagado que se proporciona. La dirección postal es: 1515 N Madison Ave, Anderson, IN 46011. Servicio al Cliente por cualquier duda o ayuda para utilizar esta solicitud: 765.298.3300.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE COMMUNITY HOSPITAL ANDERSON

Descripción general

Community Hospital Anderson se compromete a ofrecer asistencia financiera a personas que tienen necesidades de atención de la salud y no tienen capacidad para pagar por dicha atención. Es posible que pueda recibir asistencia financiera si no tiene seguro de salud o si la parte de su factura no cubierta por el seguro representa más de lo que usted puede pagar. Tenga en cuenta que hay determinadas exclusiones de servicios que no son normalmente elegibles para obtener asistencia financiera, lo que incluye, a modo de ejemplo, servicios estéticos y otros servicios que no son médicamente necesarios. Este es un resumen de la Política de Asistencia Financiera (PAF) de Community Anderson.

Requisitos de elegibilidad

La asistencia financiera generalmente se determina según una escala móvil del ingreso total de la familia basada en el *Nivel Federal de Pobreza (FPL con sus siglas en inglés)*. Si su ingreso y/o el ingreso familiar de la parte responsable combinado es igual o inferior al 200% de los lineamientos del nivel federal de pobreza, es posible que no tenga ninguna responsabilidad financiera por la atención proporcionada por Community Anderson. Si se encuentra entre el 200% y el 300%, puede obtener tarifas con descuento por la atención proporcionada por nosotros. Ninguna persona elegible para recibir asistencia financiera bajo el PAF será responsable de pagar en concepto de atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria una suma mayor que las cantidades generalmente facturadas a personas que tienen un seguro de salud que cubre dicha atención. Si usted tiene una cobertura de seguro suficiente u otros activos disponibles para pagar por su atención, es posible que no sea elegible para recibir asistencia financiera. Consulte la política completa para obtener una explicación e información completa.

Dónde encontrar información y cómo solicitar

Hay muchas maneras de encontrar información sobre el proceso de solicitud de la PAF, o de obtener copias de la FAP o el formulario de solicitud de la FAP. Para solicitar asistencia financiera, usted puede:

1. Descargar una solicitud en www.communityanderson.com
2. Solicitar la información escrita por correo o visitando el servicio de recepción del Departamento de Emergencia de Community Hospital Anderson en 1515 N. Madison Ave, Anderson, IN 46011
3. Solicitar la información llamando al 765-298-3300
4. Solicitar la información enviando un correo electrónico a finacialhelp@ecomunity.com

A continuación, deberá enviar toda la información solicitada, incluida la documentación de apoyo, a Cuentas del Paciente, Community Hospital Anderson, 1515 N. Madison Ave, Anderson EN 46011, o entregarla en persona al sector de Cuentas del Paciente en el subsuelo del edificio 1601, ubicado en Medical Arts Blvd, Anderson, IN.

Contamos con Asesores Financieros para ayudarlo a completar la solicitud o para contestar las preguntas que pueda tener acerca de nuestra FAP. No dude en llamar al 765-298-3300.

(En caso de conflicto de interpretación entre la versión en inglés y español, prevalecerá la versión en inglés.)