

**HENDRICKS REGIONAL HEALTH**  
**POLÍTICA DE SERVICIOS FINANCIEROS AL PACIENTE**

- TÍTULO:** ASISTENCIA FINANCIERA Y ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA
- PARA:** Servicios Financieros al Paciente
- FINALIDAD:** Garantizar que, en su calidad de hospital benéfico sin fines de lucro del condado y de acuerdo con la misión del Hospital, la política de Hendricks Regional Health es ofrecer atención médica independientemente de la capacidad de pago y brindará asistencia financiera a los pacientes que sean aptos en todos los casos de cuidado de emergencia y cualquier otro que sea necesario por razones médicas.
- POLÍTICA:** El Hospital se esforzará por garantizar que todos los pacientes y la comunidad conozcan la Política de Asistencia Financiera del Hospital.
- El Hospital no desaconsejará, demorará ni rechazará que se presten servicios a un paciente porque no pueda pagarlos.
- Las disposiciones de Asistencia Financiera se toman independientemente de la edad, sexo, raza, discapacidad, orientación sexual o origen nacional del paciente.
- Antes de que se efectúe cualquier cobro extraordinario, el Hospital agotará los recursos por determinar si el paciente es elegible para recibir la asistencia financiera.

**DEFINICIONES:**

**Monto generalmente facturado (Amount Generally Billed, AGB)** consiste en el monto que por lo general se les factura por atención médica de emergencia o alguna que sea necesaria por razones médicas a pacientes con cobertura de seguro que cubra dicha atención.

**Comité de Apelaciones** es un comité de Hendricks Regional Health conformado por el Director Financiero y otros dos empleados del Hospital que designe el Director Ejecutivo.

**Período de solicitud** es aquel durante el que el Hospital aceptará y procesará las Solicitudes de Asistencia Financiera que cumplan esta Política. El Período de Solicitud comienza en la fecha en la que se brinda la atención médica en el Hospital y termina al 240.º día después de que el Hospital le entregue el primer estado de cuenta a la persona.

**Cobros extraordinarios (Extraordinary Collection Actions, ECA)** son las medidas que toma el Hospital, o sus agentes, contra un paciente, las cuales se relacionan con la obtención del pago de una factura por servicios cubiertos conforme a esta Política y exigen un proceso legal o judicial, o implican señalarles información adversa sobre el

paciente a las agencias que crean informes de crédito del consumidor, instituciones crediticias o la venta de la deuda del paciente a un tercero. Las medidas contra un individuo que exigen un proceso legal o judicial incluyen, entre otras: la asignación de un gravamen sobre su propiedad; la ejecución de la hipoteca sobre sus bienes inmuebles; el embargo o la confiscación de su cuenta bancaria o cualquier otra propiedad privada; la demanda sobre su cuenta bancaria u otra propiedad privada; o el embargo de su salario.

**Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL)** es el nivel de ingresos que mide la pobreza en los Estados Unidos en función de los Lineamientos Federales de Pobreza anuales que establece el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. El Hospital utilizará los lineamientos más actualizados para determinar si es adecuado que el paciente reciba Asistencia Financiera.

**Política de Asistencia Financiera (“Política”)** se refiere a esta Política, redactada para ofrecer criterios y procesos para que los pacientes elegibles reciban atención médica necesaria o de emergencia ya sea con descuento o de forma gratuita.

**Solicitud de la Política de Asistencia Financiera (“Solicitud”)** se refiere a la solicitud de asistencia financiera que utiliza el Hospital para determinar si la asistencia financiera puede determinarse como elegible conforme a esta política.

**Elegible para la Política de Asistencia Financiera (“FAP Eligible”)** es aquel paciente sin seguro o con seguro insuficiente a quien, en función de sus ingresos y el número de integrantes de su núcleo familiar, es elegible para recibir asistencia financiera conforme a esta política, independientemente de si la persona la ha solicitado.

**Núcleo familiar:** todas las personas que pueden figurar en la declaración federal de impuesto sobre la renta del fiador se considerarán integrantes del núcleo familiar. Los fiadores de un menor de edad dependiente que no lo declaran en sus impuestos federales, pero que poseen la custodia física principal, pueden presentar un decreto judicial como prueba de estado familiar del dependiente.

**Hospital** se refiere a Hendricks County Hospital, bajo el nombre comercial Hendricks Regional Health (HRH), incluyendo los servicios e instalaciones para pacientes hospitalizados y externos, atención ambulatoria, fisioterapia, terapia ocupacional y respiratoria, y servicios de consulta médica.

**Plan de pago sin intereses (“Plan de pago”)** es un método de pago gracias al cual el paciente paga los saldos pendientes de una cuenta sin acumular intereses. No puede acordarse un plan de pago con saldos de menos de setenta y cinco dólares (\$75.00).

**Atención necesaria por razones médicas:** servicios o suministros de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, dolencia o sus síntomas y que cumplen estándares aceptados de la medicina.

**Período de notificación** es aquel durante el cual el Hospital notificará a una persona sobre su Política de Asistencia Financiera. El Período de Solicitud comienza en la primera fecha en la que se brinda la atención al paciente y termina en la primera fecha entre (1) el 120.º día después de que el Hospital le entregue el primer estado de cuenta a la persona o (2) la fecha en que el paciente presente una Solicitud de Asistencia Financiera completa o incompleta.

**Paciente** es la persona o el Fiador de una persona a quien se brinda atención de emergencia o necesaria por razones médicas en el Hospital.

**Paciente sin seguro** significa un paciente o el fiador de un paciente que no está asegurado ni cuenta con otra persona o entidad que asuma el pago del saldo de las cuentas con el Hospital.

**Paciente con seguro insuficiente** es un paciente o el fiador de un paciente que está asegurado o cuenta con otra persona o entidad que asuma el pago de sus facturas con el Hospital pero cuyo seguro no les ofrece la cobertura de ciertos servicios a pacientes hospitalizados o ambulatorios (incluyendo deducibles, coaseguros y servicios no cubiertos) y, después de que la compañía de seguros de otra persona o entidad asume el pago de los saldos de la cuenta con el Hospital, mantiene una fuerte responsabilidad por los pagos del paciente.

## **PROCEDIMIENTO:**

### **I. Requisitos de elegibilidad para la asistencia financiera**

- A. El paciente o fiador deben estar residenciados en el condado de Hendricks o en el Área de Servicio Geográfico (Geographic Service Area, GSA) a la que Hendricks Regional Health presta servicios, o haber establecido una relación con HRH como el proveedor principal de atención médica.
- B. Los servicios recibidos deben considerarse atención médica de emergencia o necesaria por razones médicas según se define en la sección correspondiente de esta política.
- C. Se ha determinado mediante una evaluación que el paciente no tiene acceso a otras formas de pago, entre ellas Medicaid de Indiana, Pago por Discapacidad de Medicaid, Pago por Discapacidad del Seguro Social, una agencia de bienestar local, un programa que administre un tribunal u otros programas de salud federales, estatales o locales.
  - a. Si según la evaluación el paciente es elegible para recibir servicios de programas de atención médica federales, estatales o locales, el fiador debe completar el proceso de solicitud.

Los pacientes elegibles para una cobertura conforme a una póliza de seguro que corresponda, entre ellas las de salud, para automóviles y para propietarios de viviendas, deben agotar todos los beneficios del seguro antes de recibir indemnización del Programa de Asistencia Financiera de Hendricks Regional Health.

- b. Los pacientes que decidan no facturar con el seguro médico que poseen o la cobertura de responsabilidad de un tercero por servicios específicos no serán elegibles para recibir la asistencia financiera por esos servicios.

- D. Los pacientes elegibles que reciben atención médica como resultado de una lesión que causó un tercero, y luego llegan a un acuerdo monetario con dicho tercero, pueden recibir asistencia financiera por cualquier saldo pendiente que no cubra el acuerdo.
  - a. En el caso de que se haya otorgado asistencia financiera para los servicios que cubra un acuerdo, Hendricks Regional Health se reserva el derecho de revertir la asistencia financiera otorgada anteriormente y hacer los cobros de lo que cubre el acuerdo.
- E. Los fondos de un programa de costos compartidos deben aplicarse a los saldos de los pacientes antes de que se otorgue la asistencia financiera.
  - a. En el caso de que se haya otorgado asistencia financiera para servicios que se cubran conforme a un programa de costos compartidos, Hendricks Regional Health se reserva el derecho de revertir la asistencia financiera otorgada anteriormente y efectuar los cobros de lo que cubre el programa.
- F. Hendricks Regional Health utilizará los datos de los FPG más recientes que estén disponibles para determinar el nivel de asistencia financiera que se concederá, y se aplicará al saldo de la cuenta del fiador en función de la fecha de recepción de una solicitud de Asistencia Financiera con todos los recaudos, no la fecha de servicio del paciente.
- G. El ingreso total bruto, en comparación con los FPG, no supera el 200% por una reducción total o un máximo de 400% de FPG para la reducción de la escala móvil (Anexo 1)
- H. Una vez aprobada la asistencia financiera, el fiador y sus dependientes pasan a tener elegibilidad presunta durante un período de seis meses de servicios de emergencia o necesarios por razones médicas.
- I. Los pacientes cuyos ingresos familiares superen 400% del FPL en vigor aún pueden ser elegibles para recibir la Asistencia Financiera según el caso en función de las circunstancias particulares del paciente como una enfermedad o lesión muy graves. El Director del Ciclo de Ingresos y el Director Ejecutivo de Finanzas o el Vicepresidente (Chief Financial Officer/Vicepresident, CFO/VP) revisarán las circunstancias generales y tomarán una determinación final si se otorgará asistencia financiera.

## II. **Cálculo del cobro a los pacientes**

Hendricks Regional Health aplica un descuento que reduce los montos que se les cobran a los pacientes sin seguro para que no excedan los Montos Generalmente Facturados (AGB) a los pacientes que sí tienen cobertura de seguro.

Hendricks Regional Health se basa en el método retroactivo para calcular los AGB. Estos se calculan anualmente y van en función del reembolso promedio anual que se recibe de todas las compañías comerciales de seguros de salud y la tarifa por servicio de Medicare. Puede encontrar la metodología para el cálculo de los AGB en el Anexo 2 de esta política.

## III. **Los proveedores y el Programa de Asistencia Financiera de Hendricks Regional Health**

Únicamente podemos garantizar que los siguientes proveedores aceptan el Programa de Asistencia Financiera de Hendricks Regional Health:

Hendricks Regional Health Hospital  
Hendricks Regional Health Medical Group

Recomendamos a los pacientes que se comuniquen directamente con los proveedores que no figuran en la lista anterior para consultar sus requisitos de asistencia financiera.

Entre otros proveedores se encuentran:

ER Physicians Group  
Ameripath  
Red de salud comunitaria  
American Health Network (AHN)  
Hendricks County Radiology  
Apria  
Servicios de ambulancia  
Davita  
Lab Corp.  
Med America

#### IV. **Elegibilidad presunta para la asistencia financiera**

En algunos casos un paciente puede ser elegible para recibir asistencia financiera cuando no ha completado la solicitud de Asistencia Financiera o no ha suministrado suficientes documentos de respaldo que sustenten una determinación de elegibilidad para la Asistencia Financiera. En estos casos, el Hospital puede usar los servicios de una entidad externa u otras fuentes apropiadas, como la tecnología de puntuación, para determinar los montos de ingresos estimados como base para la determinación de la elegibilidad para la atención a personas de escasos recursos y los montos de descuento potenciales. Se considerará a todos los pacientes con un ingreso familiar por debajo de 200% del nivel de pobreza o menos como presuntamente elegibles para recibir atención médica sin costo.

Además, Hendricks Regional Health considerará a los fiadores presuntamente elegibles para el Programa de Asistencia Financiera si se considera que ellos o a un dependiente menor son elegibles para recibir alguno de los siguientes programas y se les brindó atención de emergencia o necesaria por razones médicas.

1. Indiana Children's Special Health Care Services
2. Programas estatales de Medicaid
3. Está afiliado a un programa estatal o federal que verifique que el ingreso familiar bruto del fiador sea igual o inferior a 200% de los FPG
4. Reside en una vivienda del condado que financia el estado dentro del condado de Hendricks o HRH GSA

Puede otorgarse asistencia financiera de forma presunta a la cuenta de un paciente fallecido si se determina que el paciente no tiene patrimonio.

Puede otorgarse asistencia financiera de forma presunta a un paciente que Hendricks Regional Health considere sin vivienda.

Puede otorgarse asistencia financiera de forma presunta cuando el paciente se declara en quiebra y los tribunales determinan que no existen activos que cubran el pago de la factura médica del paciente; y

Otros casos en los que se ha determinado que la situación financiera personal del paciente indica que es indigente.

El saldo que le reste al paciente tras el pago de Víctimas de Delitos Violentos puede considerarse para la elegibilidad presunta respecto a los servicios que se consideran relacionados con el delito violento.

Puede otorgarse la asistencia financiera dependiendo del caso para un solo encuentro si los documentos que se exigen no pueden entregarse por razones que se consideren aceptables.

## V. Procedimiento de solicitud de asistencia financiera

- A. La elegibilidad para recibir Asistencia Financiera comienza con la solicitud. El hospital puede utilizar una tecnología de puntuación automatizada para determinar si los pacientes pueden recibir asistencia financiera en lugar de exigir que el paciente o su fiador entreguen documentos. En los casos en que no se utilice tecnología de puntuación, el paciente o su fiador llenarán y firmarán la Solicitud de Asistencia Financiera que ofrece el Hospital y entregarán los documentos correspondientes que sustenten la necesidad de Asistencia Financiera.
- B. En los casos en que se exijan documentos, la evidencia que sustenta la necesidad de asistencia financiera incluye lo siguiente: la declaración de impuestos sobre la renta del año anterior; el formulario W-2/1099 del año anterior; comprobantes de pago de salario recientes o una declaración del empleador que documente los salarios obtenidos durante el período que exige el Hospital; estados de cuenta bancarios recientes para cuentas corrientes o de ahorros; y, si corresponde, vale del Seguro Social, de discapacidad o de pensión; hoja de trabajo de empleo por cuenta propia, formulario de autorización de WorkOne, comprobantes de ingresos, formularios W9 y una identificación válida con fotografía.
  - a. **Nota: La finalidad de obtener evidencia es ofrecer una certeza moderada, no absoluta, de que se justifica la asistencia financiera. Se exigirá criterio en la determinación de la necesidad de asistencia financiera y, en general, debe suponerse que quienes solicitan**

**asistencia financiera lo hacen de buena fe y sin la intención de cometer fraude o engañar al Hospital.**

- C. En algunas situaciones, puede ser necesario que el Hospital solicite que el paciente o el fiador entreguen documentos ante inquietudes que surjan en cuanto a la Solicitud de Asistencia Financiera del paciente. A este se le notificará por escrito si se necesitan documentos adicionales y se le darán catorce (14) días para entregarlos.
- D. De no utilizarse la tecnología de puntuación, el Hospital revisará la Solicitud de Asistencia Financiera del paciente cuando se hayan presentado la solicitud firmada y los documentos que la sustentan.
- E. Antes de aprobar la asistencia, el Hospital agotará esfuerzos por determinar si el paciente es elegible para cualquier otra fuente de financiamiento, entre ellos Medicaid y Medicaid Disability.

**VI. Notificación de elegibilidad para asistencia financiera**

- A. El Hospital le notificará por escrito al paciente su determinación con respecto a su elegibilidad para recibir Asistencia Financiera en el plazo de treinta (30) días desde la introducción de la solicitud con todos los recaudos.
- B. La Asistencia Financiera se considerará según la cuenta de la persona.
- C. Si un paciente no fuera elegible para beneficiarse de la Asistencia Financiera total o parcial, puede apelar esta decisión con una carta escrita que explique los motivos de la apelación y suministre documentos adicionales que el paciente considere relevantes para la apelación. El Hospital debe recibir la apelación en un plazo de treinta (30) días hábiles después de que se haya recibido la denegación de Asistencia Financiera. El Comité de Apelaciones del Hospital revisará todas las apelaciones de los pacientes. Se tomará una decisión definitiva por escrito con respecto a la apelación en un plazo de treinta (30) días después de la recepción de la apelación. La decisión del Comité de Apelaciones es definitiva. Luego, se seguirá la política de facturación y cobro del Hospital si hay algún saldo pendiente que por lo general exija que el Paciente deba pagar o acordar un plan de pago para cancelar la factura del Hospital en un plazo de treinta (30) días.

**VII. Lista de proveedores médicos**

El Hospital mantiene y actualiza de forma periódica una lista de proveedores ("Lista de proveedores") que ofrecen atención de emergencia o necesaria por razones médicas en las instalaciones del Hospital, a la cual puede accederse en línea en <http://www.hendricks.org/financialassistance>, comunicándose con los servicios financieros para pacientes (consulte la información de contacto a continuación) o visitando la sección de registro del paciente o de servicios financieros al paciente en un centro de salud hospitalario.

VIII. **Información de contacto**

Si desea obtener información adicional sobre esta Política o para obtener ayuda en cuanto a los recaudos de una solicitud de Asistencia Financiera, comuníquese con la oficina de Servicios Financieros al Paciente en la dirección, el número de teléfono y sitio web que se muestran a continuación:

Dirección: 252 Meadow Dr, Danville, IN 46122

Número de contacto: 317-745-3534

Sitio web: <http://www.hendricks.org/financialassistance>

IX. **Levantamiento de informes**

La Asistencia Financiera otorgada en virtud de esta Política se registrará e informará anualmente como parte del Informe de Beneficios Comunitarios del Hospital.

X. **Divulgación de la disponibilidad de asistencia financiera**

El Hospital procurará que el material que informa a los pacientes sobre la Política de Asistencia Financiera del Hospital se exhiba en forma pública y evidente. Asimismo, hará que la versión en lenguaje simplificado de su Política de Asistencia Financiera esté disponible en todo el centro. Incluso después de que se aplique el descuento de los AGB, los pacientes pueden solicitar Asistencia Financiera conforme esta política.

- A. En el sitio web del Hospital estarán disponibles tanto esta Política de Asistencia Financiera, como una versión en lenguaje simplificado de la Política y la Solicitud de Asistencia Financiera y la Política de Facturación y Cobranza. Asimismo, la Política y la Solicitud están disponibles de forma gratuita para cualquier persona que solicite una copia tanto en persona como por correo. Además, en caso de que 10% o más de la población de la comunidad a la que el Hospital le presta servicios la constituyan personas que no hablan inglés, el Hospital traducirá la política a su idioma. El Hospital también preparará la Política, el resumen en lenguaje simplificado y la Solicitud en inglés y en los idiomas que correspondan.
- B. El Hospital también dará a conocer la disponibilidad del Ajuste para Personas Sin Seguro de la misma manera y como parte de su Política de Asistencia Financiera.

XI. **Política de atención médica de emergencia**

Hendricks Regional Health no discriminará a ninguna persona sin importar su capacidad de pago al ofrecer atención médica de emergencia. El Hospital también cumplirá con la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA) ofreciendo pruebas de detección médica, un tratamiento estabilizador y derivando o transfiriendo a una persona a otro centro de salud, cuando corresponda, y para ofrecer servicios de emergencia acordes con la ley federal y estatal (incluido el título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations CFR), sección 482.55). El Hospital prohíbe cualquier acción que



disuada a las personas de buscar atención médica de emergencia, como exigir que el paciente le pague al departamento antes de que se le brinde tratamiento por afecciones médicas de emergencia o permitir actividades de cobro de deudas durante la emergencia.

**XII. Política de facturación y cobros**

Los pacientes que no hayan solicitado Asistencia Financiera, que no hayan pagado su factura por los servicios que prestó el Hospital o que no hayan acordado un plan de pago estarán sujetos a la Política de Facturación y Cobranza independiente del Hospital, disponible en su sitio web, a través de sus asesores financieros o por correo a petición y sin costo para el paciente.

**XIII. Reembolsos**

A los pacientes que puedan recibir asistencia conforme a esta política y que hayan remitido pagos a nombre de Hendricks Regional Health que superan su responsabilidad como pacientes se les informará del sobrepago apenas sea prudente tras del descubrimiento, dada la naturaleza del sobrepago.

A. No se emitirán reembolsos automáticamente por sobrepagos de menos de \$5.00

A los pacientes con un saldo pendiente en una cuenta que no es elegible para recibir asistencia conforme a esta política, se les aplicará su reembolso sobre el saldo pendiente.

A los pacientes que no tengan un saldo pendiente en la cuenta, como acaba de describirse, se les reembolsará el sobrepago apenas sea técnicamente posible.

**Archivos adjuntos**

1. Anexo 1: Lineamientos Federales de Pobreza
2. Anexo 2: Metodología y cálculo de montos generalmente facturados

Originado el: 24 de marzo de 2014

Modificado el: Agosto de 2020

Firmas electrónicas archivadas para: Vicepresidente, Finanzas

*Aprobación del Consejo Directivo: 24 de marzo de 2014*