

HENDRICKS REGIONAL HEALTH POLÍTICA DE SERVICIOS FINANCIEROS DEL PACIENTE

TÍTULO: ASISTENCIA FINANCIERA Y ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

PARA: Servicios financieros del paciente

FINALIDAD: Para asegurar ser un hospital benéfico y sin fines de lucro del condado y para cumplir la misión del Hospital del Condado Hendricks, nombre comercial Hendricks Regional Health (el "Hospital"), el Hospital se compromete a brindar asistencia sin importar la capacidad de pagar y proveerá Asistencia financiera a pacientes elegible para todos los cuidados médicos necesarios de emergencia y otros tipos.

POLÍTICA: El Hospital se asegurará que todos los Pacientes y la comunidad estén al tanto de la Política de Asistencia financiera del Hospital.

El Hospital no disuadirá, retrasará, o negará servicios a un Paciente debido a la incapacidad del mismo para pagar por dichos servicios.

Las decisiones de la Asistencia financiera se realizan sin importar edad, género, raza, discapacidad, orientación sexual o nacionalidad del Paciente.

Antes de realizar cualquier cobranza extraordinaria, el Hospital intentará determinar razonablemente si el Paciente es elegible para obtener asistencia financiera.

DEFINICIONES:

Cantidad facturada generalmente ("AGB") significa la cantidad facturada generalmente por cuidados médicos necesarios de emergencia u otros tipos a Pacientes que poseen cobertura médica para dichos cuidados.

Comité de apelaciones significa un comité del Hospital formado por el Director Financiero y otros dos socios del Hospital designados por el Director Ejecutivo.

Período de aplicación significa el período durante el cual el Hospital aceptará y procesará Aplicaciones de Asistencia financiera conforme a esta Política. El Período de aplicación comienza en la fecha que se brinda el cuidado en el Hospital y por lo general termina el día 240 luego de que se le entrega al individuo el primer resumen de cuenta (el Período de aplicación puede extenderse conforme a la Política de Facturación y cobros del Hospital).

Medidas extraordinarias de cobranza ("ECAs") significa medidas tomadas por el Hospital, o sus empleados, contra un Paciente en relación a obtener un pago de una factura por servicios cubiertos bajo esta Política que requieren un proceso legal o judicial, o que involucra publicar información adversa sobre el Paciente a las agencias de informes crediticios del consumidor, agencias de crédito o para vender la deuda del Paciente a un tercero. Las medidas que requieren un proceso legal o judicial incluyen, pero no se limitan a: embargar una propiedad del individuo; hipotecar un bien inmueble del individuo; incautar o embargar una cuenta bancaria u otros bienes muebles del individuo; demandar civilmente sobre la cuenta bancaria u otros bienes muebles del individuo; o embargar el salario del individuo.

Nivel federal de pobreza ("FPL") significa el nivel de ingresos que mide la pobreza en Estados Unidos según los Lineamientos Federales de Pobreza anuales establecidos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Los Lineamientos actuales serán utilizados por el Hospital para determinar la elegibilidad de la Asistencia financiera.

Política de Asistencia financiera ("Política") significa esta Política escrita para brindar criterio y proceso, para que los Pacientes elegibles puedan recibir cuidados médicos necesarios o de emergencia ya sea con descuento o de forma gratuita.

Política de aplicación a la Asistencia financiera ("Aplicación") significa la Aplicación para Asistencia financiera utilizada por el Hospital, con el fin de tomar una decisión sobre elegibilidad a la Asistencia financiera bajo esta política.

Elegible a la Política de Asistencia financiera ("Elegible a FAP") significa un Paciente sin cobertura o con seguro insuficiente que, considerando sus ingresos y tamaño familiar, es elegible para la Asistencia financiera bajo esta Política, sin importar que el individuo haya o no aplicado para asistencia bajo esta Política.

Tamaño familiar significa el número total de personas viviendo en el hogar del Paciente.

Ingresos familiares significa el total de ingresos de todos los miembros del hogar del Paciente.

Hospital significa Hospital del condado Hendricks, nombre comercial Hendricks Regional Health, incluyendo servicios e instalaciones para hospitalizados, pacientes externos, atención ambulatoria, terapia física, ocupacional y respiratoria, y servicios médicos.

Plan de pagos sin intereses ("Plan de pagos") significa un método de pago que le permite al Paciente pagar balances pendientes sin acumular intereses. Un plan de pagos no puede crearse para un balance de menos de setenta y cinco (\$75.00) dólares.

Paciente significa una persona o el Responsable de una persona que recibe cuidados médicos de emergencia o necesarios en el Hospital.

Paciente sin cobertura significa un Paciente o el Responsable de un Paciente que no tiene seguro u otro tercero que realice el pago de los balances del Hospital.

Paciente con seguro insuficiente significa un Paciente o el Responsable de un Paciente que tiene seguro o un tercero que paga sus cuentas del Hospital, pero cuya cobertura no cubre ciertos servicios para hospitalizados o pacientes externos (incluyendo deducibles, coseguros y servicios no cubiertos) y luego del pago de los balances del Hospital por el asegurador o tercero, sigue existiendo una gran responsabilidad de pago por parte del Paciente.

P.C. significa **Punto clave.**

PROCEDIMIENTO:

I. Requisitos de elegibilidad para la Asistencia financiera

- A. La elegibilidad del Paciente para la Asistencia financiera se determinará por lo general mediante un proceso de Aplicación para Asistencia financiera. A menos que se determine presuntamente, los pacientes deben aplicar para la asistencia financiera durante el Período de aplicación. Los Lineamientos Federales de Pobreza en vigencia al realizarse la aplicación serán utilizados para determinar la elegibilidad a la Asistencia financiera según los ingresos y el tamaño familiar. Los Pacientes pueden calificar para Cuidados gratuitos o Cuidados con descuento.
- B. La Asistencia financiera la otorgará el Hospital de la siguiente forma:
1. Para pacientes hospitalizados y sanitarios de Hendricks:
 - a. El Paciente recibirá Cuidados gratuitos si sus ingresos familiares son 200% menos que los Lineamientos Federales de Pobreza;
 - b. El Paciente recibirá Cuidados con descuento si sus ingresos familiares se encuentran entre 201% y 400% de los Lineamientos Federales de Pobreza;
- P.C. Los actuales lineamientos de ingresos para la Asistencia financiera establecidos para este año se encuentran adjuntos a esta Política y se cambiarán anualmente según los Lineamientos Federales de Pobreza más recientes.**
- C. Los Pacientes cuyos ingresos familiares excedan el 400% de los FPL actuales aún pueden ser elegidos para la Asistencia financiera utilizando un criterio caso por caso considerando las circunstancias específicas del Paciente, como enfermedad catastrófica o lesión. En estos casos, la Aplicación debe ser aprobada por el Director financiero del Hospital si es de menos de \$15,000. En todas las demás instancias, el Comité de apelaciones debe revisar y aprobar la Aplicación.
- D. La Asistencia financiera del Paciente también se considerará y otorgará para las siguientes situaciones con elegibilidad limitada al encuentro específico:
1. El Paciente fallece y el patrimonio es insuficiente o inexistente para pagar sus deudas hospitalarias;
 2. El Paciente se declara en quiebra y la corte determina que no hay activos suficientes para pagar la deuda hospitalaria del Paciente;
 3. Otras instancias donde se determina que la situación financiera personal del Paciente indica indigencia.
 4. En estos casos, la Aplicación debe ser aprobada por el Director financiero del Hospital si es de menos de \$15,000. En todas las demás instancias, el Comité de apelaciones debe revisar y aprobar la Aplicación.

II. Procedimiento de aplicación a la Asistencia financiera

- A. La elegibilidad para la Asistencia financiera comienza con la Aplicación para Asistencia financiera. El Hospital puede utilizar tecnología automatizada de evaluación para calificar a los pacientes para la asistencia financiera en lugar de solicitar documentación del Paciente o el Responsable del Paciente. En los casos que no se utiliza tecnología de evaluación, el Paciente o el Responsable del Paciente rellenará y firmará una Aplicación para Asistencia financiera del Hospital y proporcionará documentación apropiada que respalde la necesidad de Asistencia financiera.

- B. En los casos que se requiera documentación, la evidencia que respalda la necesidad para asistencia financiera incluye lo siguiente: la declaración de impuestos del año pasado; W-2/1099 del año pasado; recibos de ingresos recientes o una declaración del empleador que documente los salarios del período solicitado por el Hospital; extractos de cuenta corriente/de ahorros; y, si aplica, comprobante de previsión social/discapacidad, comprobante de pensión, orden de apoyo infantil; la documentación de ingresos/W9 por trabajador autónomo y una fotografía válida.
- P.C. El propósito de obtener evidencia es proveer garantía razonable, no absoluta, de que la asistencia financiera está justificada. Se requerirá criterio para determinar la necesidad de asistencia financiera y por lo general se presumirá que aquellos aplicando para la asistencia financiera lo hacen de buena fe y sin la intención de defraudar o engañar al Hospital.**
- C. En algunas situaciones será necesario para el Hospital solicitar documentación adicional del Paciente o el Responsable si surgen preguntas sobre la Aplicación para Asistencia financiera del Paciente. Se notificará al Paciente por escrito si se requiere documentación adicional y este tendrá treinta (30) días para entregar la documentación.
- D. Cuando no se utiliza tecnología de evaluación, el Hospital revisará la Aplicación para Asistencia financiera del Paciente cuando se entreguen la Aplicación firmada y la documentación respaldatoria.
- E. Antes de aprobar la asistencia, el Hospital hará todos los esfuerzos posibles para determinar si el paciente es elegible para cualquier otra fuente de pagos incluyendo Medicaid y Medicaid Disability.
- F. El Director de Servicios Financieros del Paciente revisará todas las aplicaciones rellenas del hospital y aprobará todas las aplicaciones que cumplan el criterio descrito en el presente documento. Todas las aplicaciones que excedan \$10,000 serán revisadas para aprobación por el Director financiero.
- G. De forma periódica, según lo requiera el Comité de apelaciones, se proporcionará un resumen de la Asistencia financiera provista a los Pacientes.

III. Notificación de elegibilidad para la Asistencia financiera

- A. El Hospital notificará por escrito al Paciente de su determinación sobre la elegibilidad para la Asistencia financiera dentro de cuarenta y cinco (45) días luego de presentar la Aplicación rellena al Hospital.
- B. La Asistencia financiera se considerará en base a una cuenta individual.
- C. Si se determina que un Paciente no es elegible para la Asistencia financiera total o parcial, este puede apelar esta decisión mediante carta escrita explicando los motivos de la apelación y proporcionando documentación adicional que el Paciente considera es pertinente a la misma. El Hospital debe recibir la apelación dentro de los treinta (30) días hábiles luego de rechazar la Asistencia financiera. El Comité de apelaciones del Hospital revisará todas las apelaciones de los Pacientes. Se realizará por escrito una decisión final dentro de los treinta (30) días luego de recibir la apelación. La decisión del Comité de

apelaciones es definitiva. La política de facturación y cobros del Hospital se aplicará a cualquier balance pendiente, generalmente requiere que el Paciente pague o establezca un plan de pagos para pagar la factura del Hospital dentro de treinta (30) días.

IV. **Elegibilidad presunta para la Asistencia financiera**

Hay instancias en que un Paciente es elegible para la Asistencia financiera pero no ha rellenado una Aplicación para Asistencia financiera o no ha proporcionado suficiente documentación respaldatoria para respaldar una determinación de elegibilidad para la Asistencia financiera. En estos casos, el Hospital puede utilizar una agencia externa u otras fuentes apropiadas como tecnología de evaluación para determinar montos de ingresos estimados con el fin de determinar la elegibilidad para cuidados gratuitos y potenciales valores de descuentos. Todos los Pacientes que se determine posean ingresos familiares de 200% de pobreza o menos serán presuntamente determinados como elegibles para cuidados gratuitos.

V. **Cantidad facturada generalmente**

Ya establecida la elegibilidad para asistencia financiera, el Hospital no le cobrará a los pacientes que son elegibles para asistencia financiera más que la cantidad facturada generalmente, o AGB, a pacientes de cuidados médicos de urgencia o necesarios.

Para calcular la AGB, el Hospital utiliza el método retrospectivo descrito en la Sección 501(r) del Código de Ingresos Internos y las regulaciones correspondientes, con sus enmiendas periódicas. Bajo este método, el Hospital calcula un porcentaje de AGB según los reclamos permitidos en tarifa-por-servicio de Medicare más todos los aseguradores privados que pagan reclamos a las instalaciones del Hospital para cuidados médicos de emergencia y necesarios durante el período previo de 12 meses, dividido por los cobros brutos asociados a esos reclamos. El porcentaje AGB actual para el período que finalizó el 31 de octubre de 2017 es de 41% (que resulta en un descuento mínimo de 59%) y se actualiza al menos de forma anual (dentro de los 120 días luego de finalizar el período de 12 meses aplicable).

VI. **Ajuste para pacientes sin cobertura**

Los pacientes sin cobertura que reciban cuidados médicos de urgencia o necesarios, que de ninguna forma son elegibles para asistencia financiera bajo esta Política, son elegibles para un descuento a su cargo por treinta y tres por ciento (40%) del costo bruto. El descuento a su cargo se calcula por lo general utilizando un promedio de las tres (3) mejores tarifas comerciales del Hospital.

P.C. Este porcentaje está sujeto a cambios anuales y se proporcionará una actualización como parte de los Lineamientos actualizados anualmente de Asistencia financiera y se adjuntarán a esta Política.

VII. **Lista de proveedores médicos**

Una lista de proveedores ("Lista de proveedores") que brindan cuidados médicos de emergencia o necesarios en las instalaciones del Hospital es mantenida y actualizada periódicamente por el Hospital y se puede acceder en línea ingresando a <http://www.hendricks.org/billpay>, contactando a los servicios financieros del paciente (consulte la información de contacto a continuación) o visitando el registro de pacientes/servicios financieros del paciente en una instalación del Hospital.

VIII. **Información de contacto**

Para obtener información adicional sobre esta Política o para obtener ayuda al rellenar la Aplicación para Asistencia financiera, contacte a la oficina de Servicios financieros del paciente en esta dirección, número telefónico y sitio web:

Dirección: 1000 E Main Street, Danville, IN 46122

Número de contacto: 317-745-3534

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

IX. **Informes**

La Asistencia financiera brindada bajo esta Política será documentada e informada anualmente como parte del Informe de Beneficios a la Comunidad del Hospital.

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

El Hospital tendrá llamativas pantallas públicas que notifiquen a los pacientes sobre la Política de Asistencia financiera del Hospital. El Hospital también tendrá disponible una Política de Asistencia financiera con lenguaje sencillo en el Hospital. Incluso después de aplicar el descuento AGB, los pacientes son elegibles para aplicar a la Asistencia financiera bajo esta política.

A. Esta Política de Asistencia financiera como también la versión con lenguaje sencillo de la misma, la Aplicación para Asistencia financiera y la Política de facturación y cobros estarán disponibles en el sitio web del Hospital. La Política y la Aplicación también están disponibles de forma gratuita para cualquiera que solicite una copia ya sea en persona o mediante el correo. Además, si hay una población de 10% o más que no hable inglés en la comunidad atendida por el Hospital, este preparará la política en ese lenguaje. El Hospital también preparará la Política, el resumen en lenguaje sencillo y la Aplicación en inglés y los lenguajes apropiados.

B. El Hospital también divulgará la disponibilidad del Ajuste para no cubiertos de la misma forma y como parte de su Política para Asistencia financiera.

XI. **Política de cuidados médicos de emergencia**

El Hospital proporcionará cuidados médicos de emergencia sin discriminar a cualquier individuo su capacidad de pagar. El Hospital también cumplirá con EMTALA, al proporcionar exámenes médicos de detección, tratamiento de estabilización y referir o transferir un individuo a otra instalación, cuando sea apropiado, y proporcionando servicios de emergencia de conformidad con leyes federales y estatales (incluyendo 42CFR 482.55). El Hospital prohíbe cualquier acción que desaliente a individuos de buscar cuidados médicos de emergencia, como demandar que el departamento de emergencia del paciente pague antes de recibir tratamiento por condiciones médicas de urgencia o permitiendo el cobro de deudas en la emergencia

XII. **Política de facturación y cobros**

Los pacientes que no hayan aplicado para la Asistencia financiera, pagado sus deudas por los servicios prestados por el Hospital o establecido un plan de pagos estarán sujetos a la Política de facturación y cobros del Hospital, que se encuentra disponible en el sitio web del Hospital,

mediante los Asesores financieros del Hospital o mediante el correo luego de solicitarla sin cargo al Paciente.

P.C. El Hospital hará esfuerzos razonables para determinar si el Paciente es elegible para la Asistencia financiera antes de tomar Medidas extraordinarias de cobranza. Las medidas que el Hospital puede tomar en caso de no pagar se describen en la Política de facturación y cobros del Hospital.

Creado: 24/03/2014

Modificado: 03/2018

Firmas electrónicas en el archivo para: Vicepresidente, Finanzas

| HENDRICKS REGIONAL HEALTH | | | | | | | | |
|---|-------------------|-----------|-----------|------------------------|------------|------------|------------|--------------------|
| 2018 FINANCIAL ASSISTANCE GUIDELINES UNINSURED | | | | | | | | |
| AND UNDERINSURED PATIENTS | | | | | | | | |
| HENDRICKS REGIONAL HEALTH INPATIENT & OUTPATIENT SERVICES | | | | | | | | |
| | Care at No Charge | | | Care at Partial Charge | | | | Uninsured Discount |
| Household Size | 0%-100% | 101%-150% | 151%-200% | 201%-250% | 251%-300% | 301%-350% | 351%-400% | >400% |
| 1 | \$ 12,140 | \$ 18,210 | \$ 24,280 | \$ 30,350 | \$ 36,420 | \$ 42,490 | \$ 48,560 | |
| 2 | \$ 16,460 | \$ 24,690 | \$ 32,920 | \$ 41,150 | \$ 49,380 | \$ 57,610 | \$ 65,840 | |
| 3 | \$ 20,780 | \$ 31,170 | \$ 41,560 | \$ 51,950 | \$ 62,340 | \$ 72,730 | \$ 83,120 | |
| 4 | \$ 25,100 | \$ 37,650 | \$ 50,200 | \$ 62,750 | \$ 75,300 | \$ 87,850 | \$ 100,400 | |
| 5 | \$ 29,420 | \$ 44,130 | \$ 58,840 | \$ 73,550 | \$ 88,260 | \$ 102,970 | \$ 117,680 | |
| 6 | \$ 33,740 | \$ 50,610 | \$ 67,480 | \$ 84,350 | \$ 101,220 | \$ 118,090 | \$ 134,960 | |
| 7 | \$ 38,060 | \$ 57,090 | \$ 76,120 | \$ 95,150 | \$ 114,180 | \$ 133,210 | \$ 152,240 | |
| 8 | \$ 42,380 | \$ 63,570 | \$ 84,760 | \$ 105,950 | \$ 127,140 | \$ 148,330 | \$ 169,520 | |
| Hospital Discount | 100% | 100% | 100% | 90% | 80% | 70% | 59% | 40% |
| HENDRICKS REGIONAL HEALTH MEDICAL GROUP | | | | | | | | |
| Office Visit Discount | 100% | 100% | 100% | 90% | 80% | 70% | 59% | 40% |
| 1. Financial Assistance for the Uninsured is based on total charges | | | | | | | | |
| 2. Financial Assistance for the Underinsured is based on balance due. | | | | | | | | |

**HENDRICKS REGIONAL HEALTH
LINEAMIENTOS DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA PACIENTES
SIN COBERTURA Y CON SEGURO INSUFICIENTE 2018**

SERVICIOS DE HENDRICKS REGIONAL HEALTH PARA HOSPITALIZADOS Y PACIENTES EXTERNOS
 Cuidados gratuitos (care at no charge) Cuidados con descuento (care at partial charge) Descuento por
 falta de cobertura (uninsured discount)
 Tamaño familiar

Descuento del hospital

GRUPO MÉDICO HENDRICKS REGIONAL HEALTH
 Descuento por visita al consultorio

1. La Asistencia financiera para los no asegurados se calcula en base a los costos totales
2. La Asistencia financiera para los cubiertos insuficientemente se calcula en base a la deuda.