

ASUNTO: Política de Asistencia Financiera (FAP)	Página 1 de 17
SECCIÓN: Asesoría Financiera	ENTRADA EN VIGOR: 19.10.90
DEPARTAMENTO: Asesoría Financiera	REVISADO:
APROBADO POR: Junta Directiva	REVISADO: 06.12.2016

Objetivo:

Como parte de nuestra misión de proporcionar el servicio, la excelencia y el valor: DeKalb Health proporciona Asistencia Financiera a los pacientes que carecen de la capacidad de pago de los servicios hospitalarios y servicios médicos correspondientes al hospital (ver Apéndice A). Existe un proceso formal con el propósito expreso de proporcionar información sobre los programas de Asistencia Financiera, y el apoyo en la calificación de los programas, incluidos los administrados o subvencionados por entidades gubernamentales.

El objetivo de esta política y procedimiento consiste en:

- Garantizar la transparencia, la coherencia y la equidad hacia los pacientes no asegurados y establecer normas para proporcionar un ajuste financiero a cualquier paciente sin seguro o con seguro insuficiente que obtenga los Servicios médicos necesarios o de emergencia de DeKalb Health. Esta política asegura que DeKalb Health cumple con la Ley sobre la Protección del Paciente y Cuidado de Salud Asequible, promulgada el 23 de marzo del 2010, la sección 501(r) del Código de Ingresos Internos. Esto requiere que los hospitales libres de impuestos limiten las cantidades cobradas a los pacientes sin seguro para emergencias y otros servicios médicos necesarios a no más de esas cantidades generalmente cobradas a los pacientes asegurados.
- Evaluar los pacientes para: su capacidad de pago, posible elegibilidad para los programas de cobertura del cuidado de salud o cobertura de terceros y todos los recursos disponibles con el fin de identificar los casos de caridad de una manera oportuna. Los programas de cobertura del cuidado de salud pueden incluir, pero no están limitados a Medicaid, HIP 2.0, Programas de Ahorros de Medicare, los planes de seguro subvencionados comprados a través del “Marketplace” o el Cambio de la Ley sobre el Cuidado de salud asequible (ACA), u otro programa estatal, federal y local. Con el fin de calificar para la Asistencia Financiera, una persona debe solicitar y cumplir con la solicitud de cualquier otra fuente de pago posible.
- Proporcionar los procedimientos de asistencia de solicitud del programa, el método de solicitar la Asistencia Financiera de DeKalb Health, la política de la base de

ASUNTO: Política de Asistencia Financiera (FAP)	Página 2 de 17
SECCIÓN: Asesoría Financiera	ENTRADA EN VIGOR: 19.10.90
DEPARTAMENTO: Asesoría Financiera	REVISADO:
APROBADO POR: Junta Directiva	REVISADO: 06.12.2016

cálculo de la elegibilidad para el cuidado gratuito o con descuento y las acciones que el hospital puede tomar en caso de impago.

Política:

Independientemente de la capacidad de una persona para pagar o calificar bajo esta Política de Asistencia Financiera, DeKalb Health proporcionará, sin discriminación, el cuidado de cualquier enfermedad de emergencia prevista de conformidad con la Ley sobre el trabajo y el tratamiento médico de emergencia de los gobiernos federales estadounidenses (EMTALA) de 1986.

Ninguna persona no será desanimada a buscar cuidado de emergencia.

Ninguna persona no será excluida de la consideración para Asistencia Financiera basado en la edad, color, credo, origen étnico, sexo, origen nacional, discapacidad física, raza o religión.

Los pacientes que no tienen seguro médico (auto-pago) recibirán un descuento en sus cargos brutos. Este descuento se aplica tanto a los servicios hospitalarios como a los servicios de los médicos del hospital, y es exclusivo de cualquier otro descuento o aceptación a la FAP.

Con el fin de gestionar sus recursos de manera responsable y permitir a DeKalb Health a proporcionar el nivel apropiado de asistencia al mayor número de personas necesitadas, se han establecido las siguientes normas para la prestación de Asistencia Financiera.

Definiciones:

- **Cantidad facturada generalmente (AGB)** - DeKalb Health aplicará el “método de revisión retrospectiva” para la determinación de AGB. En particular, DeKalb Health determinará el AGB de emergencia u otro cuidado médico necesario multiplicando los Cargos brutos por dicho cuidado por el Porcentaje AGB.
- **Porcentaje AGB** - DeKalb Health calculará el porcentaje AGB al menos anualmente dividiendo la cantidad permisible de todas las reclamaciones procesadas para emergencias y otros servicios médicos necesarios por pago-por-servicio Medicare y todas las compañías de seguros de salud privados juntos como el/los pagador(es) primario(s) de estas demandas durante un previo periodo de doce (12) meses por

ASUNTO: Política de Asistencia Financiera (FAP)	Página 3 de 17
SECCIÓN: Asesoría Financiera	ENTRADA EN VIGOR: 19.10.90
DEPARTAMENTO: Asesoría Financiera	REVISADO:
APROBADO POR: Junta Directiva	REVISADO: 06.12.2016

la cantidad permisible de los Cargos brutos asociados a esas demandas. A estos efectos, DeKalb Health incluirá en "todas las demandas que han sido pagadas en su totalidad" tanto las porciones de las demandas pagadas por Medicare o el asegurador privado y las porciones correspondientes a las demandas pagadas por los beneficiarios de Medicare o personas aseguradas en el forma de co-seguro, co-pagos o deducibles.

Asesor certificado de solicitud - Persona que ha logrado con éxito la capacitación requerida del Centro para servicios Medicare y Medicaid (CMS) como miembro de una Organización certificada de solicitud designada (CAO). La capacitación abarca los fundamentos de los mercados de seguros de salud, cómo ayudar a los consumidores y las normas de privacidad y seguridad. El asesor está capacitado para ayudar a las personas sin seguro de entender sus nuevas opciones de cobertura de salud, solicitar ayuda financiera con la cobertura e inscribirse en planes de salud privados a través del nuevo mercado de seguros de salud (www.healthcare.gov).

- **Servicios cosméticos** - Son esos servicios y procedimientos que mejoran el bienestar del paciente, por lo general no están cubiertos por ningún seguro y se excluyen categóricamente de cualquier Asistencia Financiera o económica.
- **ECA** - Acción extraordinaria de cobro - Es posible que el hospital no participe en las ECA antes de hacer esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para asistencia bajo FAP 501(r) (6).
- **Servicios de emergencia** - Un accidente de emergencia, es decir, un evento externo repentino y causando daños personales o una enfermedad de emergencia, es decir, la aparición repentina de los síntomas agudos de tal severidad que la ausencia de atención inmediata puede resultar en consecuencias médicas graves. O como se define en la Sección 1867 de la Ley de Seguridad Social (42 U.S.C. 1395dd)
- **FAP** - Programa de Asistencia Financiera como se define en esta política.
- **Cargo bruto** - Un precio establecido, presentado en las tarifas principales del hospital, para un servicio o artículo que se cobra de manera consistente y uniforme a todos los pacientes antes de aplicar cualquier deducción contractual, descuento o deducción.
- **Unidad familiar** - Se define como una o más personas que viven juntas y son relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción (es decir, los padres y los niños que hayan sido presentados como dependientes en su declaración de

ASUNTO: Política de Asistencia Financiera (FAP)	Página 4 de 17
SECCIÓN: Asesoría Financiera	ENTRADA EN VIGOR: 19.10.90
DEPARTAMENTO: Asesoría Financiera	REVISADO:
APROBADO POR: Junta Directiva	REVISADO: 06.12.2016

impuestos); o residir juntos y compartir los bienes comunes, tales como tarjetas de crédito, cuentas bancarias o propiedad inmobiliaria. Si un niño es mayor de 18 años de edad y reclamado en la declaración de impuestos de sus padres, entonces el ingreso total de la familia/de los dependientes será tomado en consideración.

- **Ingresos** - Los ingresos incluyen sueldos y salarios, ingresos de intereses, dividendos, la seguridad social, compensación de trabajadores, pagos por incapacidad, los ingresos de compensación por desempleo, ingresos comerciales (IRS Anexo C), pensiones y anualidades, ingresos agrícolas (IRS Anexo F), alquileres y regalías, herencia, beneficios de huelga y los ingresos de la pensión alimenticia. El ingreso también se considera un pago recibido del estado de custodia legal o tutela.
- **Navegador certificado en el estado de Indiana** - Las personas que están registradas con el Departamento de Seguros del estado de Indiana y cumplan los requisitos de IC 27-19 para ayudar a residentes del estado de Indiana rellenar solicitudes de cobertura de salud en las solicitudes de los programas de Marketplace y/o de asequibilidad de seguro facilitados por el gobierno federal (tales como Medicaid, el Programa de seguro médico para niños ("CHIP"), o Healthy Indiana Plan ("HIP") - dfrbenefits.in.gov).
- **Paciente asegurado** - Un paciente que tiene una cobertura de terceros o cuya lesión es una lesión compensada con fines de la compensación de trabajadores, el seguro del automóvil u otro seguro según lo determinado y documentado por el hospital.
- **Necesario** por razones médicas - A los efectos de esta política, se define como un servicio que es necesario para tratar una enfermedad que en la ausencia de la atención médica podría razonablemente resultar en poner en peligro la salud o la condición de la persona.
- **Defensor del paciente** - Un empleado del hospital, contratista o voluntario designado para ayudar a los pacientes con la evaluación, la solicitud y la inscripción en los programas de cobertura de salud.
- **Resumen** en lenguaje claro - Una declaración escrita de forma clara, concisa y fácil de entender para notificar a las personas que DeKalb Health ofrece Asistencia Financiera en el marco del FAP.
- **Auto-pago 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

ASUNTO: Política de Asistencia Financiera (FAP)	Página 5 de 17
SECCIÓN: Asesoría Financiera	ENTRADA EN VIGOR: 19.10.90
DEPARTAMENTO: Asesoría Financiera	REVISADO:
APROBADO POR: Junta Directiva	REVISADO: 06.12.2016

no es una lesión compensada con fines de compensación de trabajadores, el seguro del automóvil u otro seguro según lo determinado y documentado por el hospital.

- **Paciente con seguro insuficiente** - Un paciente y/o la persona responsable con cobertura de terceros para los servicios de cuidado de salud que pueden tener una cantidad extraordinaria pendiente que no pueden pagar debido al ingreso de la familia.

Disponibilidad del Programa de Asistencia Financiera

DeKalb Health publicará ampliamente la disponibilidad de asistencia mediante los siguientes métodos:

- En el acceso principal del paciente y los puntos de registro en el hospital, DeKalb Health publicará y/o pondrá a disposición un resumen en lenguaje claro de la FAP. Los materiales publicados incluirán instrucciones sobre cómo obtener una versión impresa del resumen en lenguaje claro y la solicitud FAP de forma gratuita.
- El resumen FAP y la solicitud estarán disponibles en línea en www.dekalbhealth.com.
- La información sobre cómo solicitar la FAP se incluirá en las declaraciones del paciente.

Las copias impresas de la Política de Asistencia Financiera y la solicitud también se pueden obtener a través de:

- Llamar al Servicio al Cliente al número 260-333-7699
- La presentación a Central Business Office en:

1700 East 7th Street
Auburn, IN 46706

Las horas de Central Business Office son de lunes a viernes de 8:00 a 16:30.

- La presentación al Asesor financiero ubicado en el hospital (Use la puerta de entrada #5 y proceda al segundo piso del Área de acceso del paciente)

Las horas del Asesor financiero son de lunes a viernes de 8:00 a 16:00.

ASUNTO: Política de Asistencia Financiera (FAP)	Página 6 de 17
SECCIÓN: Asesoría Financiera	ENTRADA EN VIGOR: 19.10.90
DEPARTAMENTO: Asesoría Financiera	REVISADO:
APROBADO POR: Junta Directiva	REVISADO: 06.12.2016

- Solicitar por escrito por correo:

DeKalb Health
P.O. Box 542
Auburn, IN 46706

*** Los horarios están sujetos a cambios. ****

Los pacientes con saldos después de seguros (por ejemplo, deducibles, co-pagos, y las cantidades de co-seguros) pueden ser elegibles para FAP si se cumplen los requisitos de elegibilidad.

Los pacientes que han agotado los límites de la póliza pueden ser elegibles para FAP si se cumplen los requisitos de elegibilidad.

El paciente cooperará en el suministro de toda la información del seguro de terceros y la información del seguro de responsabilidad civil.

El paciente debe agotar la cobertura del seguro/del seguro de responsabilidad civil antes de que el paciente reciba Asistencia Financiera a través de FAP.

El paciente debe cooperar con la búsqueda del registro en todos los programas de cobertura de salud asequible que se puede acceder a ellos antes de la consideración de la aprobación de la Asistencia Financiera. La asistencia en la evaluación y el registro se ofrece como un servicio del hospital de forma gratuita para el paciente por Navegadores certificados en el estado de Indiana y Asesores certificados para solicitudes.

Servicios elegibles para Asistencia Financiera

1. Cualquier servicio hospitalario que es una emergencia o un servicio que es necesario para por razones médicas para tratar una condición que en la ausencia de atención médica podría razonablemente resultar en poner en peligro la salud o la condición del individuo.
2. Cualquier servicio de DeKalb Health Medical Group (DHMG) proporcionado en relación con el/los servicio(s) hospitalario(s) aprobado(s) y los servicios DHMG que se consideran necesarios por razones médicas (ver Anexo A).

ASUNTO: Política de Asistencia Financiera (FAP)	Página 7 de 17
SECCIÓN: Asesoría Financiera	ENTRADA EN VIGOR: 19.10.90
DEPARTAMENTO: Asesoría Financiera	REVISADO:
APROBADO POR: Junta Directiva	REVISADO: 06.12.2016

Solicitud de asistencia

La elegibilidad del paciente para la FAP será determinada a través de un proceso de solicitud. El Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera DeKalb Health es el formulario válido de solicitud para el proceso de solicitud. La Política de Asistencia Financiera de DeKalb Health y la aplicación serán puestas a la disposición de todos los pacientes.

- Se requiere una firma en la solicitud (el paciente, garante o representante legal). Es la responsabilidad del paciente/garante para rellenar una solicitud de asistencia.
- La solicitud requiere al paciente a proporcionar su nombre, dirección actual y la información de contacto válida, y los nombres y las edades de las personas que viven en su casa.
- La solicitud requiere al paciente a proporcionar una lista de todas las cantidades de ingresos y sus fuentes.
- Se requieren los siguientes documentos: Verificación de todos los ingresos de todas personas de la casa, estado de cuenta más reciente de todas las cuentas corrientes y de ahorro y formulario de impuestos federales más reciente (1040)
- La documentación de toda la información proporcionada en la solicitud puede ser necesaria para rellenar la solicitud de asistencia. DeKalb Health, o su representante, puede utilizar otras fuentes para verificar o validar la información que se proporciona. Una declaración escrita de la(s) persona(s) que está(n) apoyando al solicitante también puede ser solicitada si el ingreso actual o la falta del mismo no es suficiente para satisfacer sus gastos diarios.

El asesor financiero está disponible para ayudar a cualquiera que desee solicitar asistencia y está disponible durante las horas de oficina en el hospital y Central Business Office. Se puede requerir la verificación de ingresos solicitados y una lista completa de todos los miembros de la casa que se toman en cuenta.

- Una solicitud FAP puede ser utilizada por los servicios cubiertos que se proporcionan hasta 3 meses después de la fecha en que se recibió la solicitud FAP.
- Todas las solicitudes del FAP se guardarán durante un mínimo de 7 años.

ASUNTO: Política de Asistencia Financiera (FAP)	Página 8 de 17
SECCIÓN: Asesoría Financiera	ENTRADA EN VIGOR: 19.10.90
DEPARTAMENTO: Asesoría Financiera	REVISADO:
APROBADO POR: Junta Directiva	REVISADO: 06.12.2016

- Cualquier excepción a esta política en la otorgación de Asistencia Financiera debe ser aprobada por el director financiero o la persona designada.
- El paciente puede apelar la decisión de rechazo de la Asistencia Financiera por escrito:

DeKalb Health

A la atención de: Director financiero

1316 East 7th Street
Auburn, IN 46706

Período de solicitud y notificación

Una indicación de la incapacidad de pagar por los servicios será tratada como una solicitud de asistencia. Esta solicitud puede ser presentada por o en nombre de una persona solicitando los servicios. La solicitud de asistencia se puede hacer en cualquier momento, pero debe hacerse no más tarde de 240 días después del servicio/alta o la factura final.

Si la cuenta es con una agencia de cobro, el paciente puede aún solicitar FAP.

Las solicitudes de asistencia no deben hacerse por escrito, sin embargo, una vez que una solicitud se haya presentado, una solicitud de asistencia se debe rellenar y firmar por la persona que realiza la solicitud o su garante o tutor, y se puede rellenar con la ayuda del Asesor Financiero.

Cargos

DeKalb Health no cobrará a los pacientes aprobados para recibir Asistencia Financiera bajo esta FAP para cuidado de salud de emergencia u otro cuidado necesario por razones médicas más de las cantidades generalmente cobradas a las personas que tienen seguro (es decir, DeKalb Health no cobrará a los pacientes aprobados para Asistencia Financiera bajo esta Política para cuidado de salud de emergencia u otro cuidado necesario por razones médicas más de los Cargos brutos por dicho cuidado multiplicado por el porcentaje AGB). Los pacientes pueden solicitar el Porcentaje AGB, en efecto, en cualquier momento dado, poniéndose en contacto con el Asesor Financiero de DeKalb Health en las direcciones y números de teléfono proporcionados anteriormente.

ASUNTO: Política de Asistencia Financiera (FAP)	Página 9 de 17
SECCIÓN: Asesoría Financiera	ENTRADA EN VIGOR: 19.10.90
DEPARTAMENTO: Asesoría Financiera	REVISADO:
APROBADO POR: Junta Directiva	REVISADO: 06.12.2016

Acciones que DeKalb Health puede tomar en caso de falta de pago

DeKalb asegurará todos los esfuerzos razonables para cobrar los saldos de las cuentas auto-pago, así como los posibles remanentes después del proceso de la compañía de seguros de una demanda.

Las acciones que DeKalb Health puede tomar en caso de falta de pago se describen en la Política de Facturación y Cobro disponible en línea en www.dekalbhealth.com.

Criterios de Asistencia Financiera

La política establecida permite a los pacientes ser elegibles para asistencia de dos maneras: financieras o catastróficas. El Programa de Asistencia Financiera también permite la asistencia parcial o completa en base a criterios de elegibilidad previstos en esta política.

Asistencia Financiera

- Un paciente elegible para recibir Asistencia Financiera es una persona que no tiene seguro o con seguro insuficiente, recibe cuidado de salud de emergencia o cuidado necesario por razones médicas y no puede pagar su factura.
- Para ser elegible para asistencia bajo las normas de Asistencia Financiera, los ingresos de una persona deberán ser iguales o inferiores a 250% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) según lo previsto en los Niveles Federales de Pobreza. El tamaño de la familia y el ingreso determina el % de FPL. DeKalb Health, o su representante, puede considerar otros activos financieros y pasivos de la persona al momento de determinar la elegibilidad. Otras fuentes también se pueden utilizar para determinar la elegibilidad para Asistencia Financiera. Vea la sección de Elegibilidad Presunta de la política.
- DeKalb Health utilizará las normas de ingresos de la pobreza más actuales emitidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos para determinar la elegibilidad de una persona para la Asistencia Financiera. Las normas de ingresos de la pobreza se publican anualmente en el *Registro Federal* y para los

ASUNTO: Política de Asistencia Financiera (FAP)	Página 10 de 17
SECCIÓN: Asesoría Financiera	ENTRADA EN VIGOR: 19.10.90
DEPARTAMENTO: Asesoría Financiera	REVISADO:
APROBADO POR: Junta Directiva	REVISADO: 06.12.2016

finas de esta política entrarán en vigor el primer día del mes siguiente al mes de su publicación.

- Para calificar bajo la porción de Asistencia Financiera de esta política, una solicitud de Asistencia Financiera rellena se deberá presentar y documentos adicionales, tales como la prueba de ingresos, la prueba de falta de ingresos y prueba de la falta de activos financieros se pueden solicitar para acompañar a la solicitud.

Los factores a considerar para la Asistencia Financiera

Tamaño de la familia e Ingresos

Los siguientes factores se pueden considerar para determinar la elegibilidad del paciente para recibir asistencia, y deben ser proporcionados por todos los residentes generando ingresos en la familia a tomar en cuenta, a menos que no son dependientes en base a las normas del IRS para determinar si un miembro de la familia puede ser considerado como un dependiente.

- El Ingreso bruto ajustado si sea por cuenta propia (incluya el Anexo C de la declaración de impuestos; la línea 37 desde 1040) o, si los impuestos no se presentaron, un informe de ingresos y gastos relleno.
- El informe de salarios para los trabajadores del estado de Indiana para los últimos 2 trimestres (ingresos de desempleo).
- Al menos un comprobante de pago o una carta o copia impresa del/de los empleador(es) que proporcione la verificación de los ingresos brutos si está empleado actualmente. Esta documentación no debe ser más de 30 días desde la fecha de emisión e debe incluir la información del año hasta la fecha.
- Indemnización de Seguridad Social o carta de derecho u otra prueba de indemnización mensual bruta.
- Ingresos de jubilación.
- Ingresos de inversiones.
- Declaración de la(s) persona(s) que está(n) proporcionando apoyo directo.
- Número de dependientes.
- Otras obligaciones financieras.
- La cantidad y la frecuencia de los gastos hospitalarios/médicos.
- Otros recursos financieros que producen ingresos.

Capacidad financiera

ASUNTO: Política de Asistencia Financiera (FAP)	Página 11 de 17
SECCIÓN: Asesoría Financiera	ENTRADA EN VIGOR: 19.10.90
DEPARTAMENTO: Asesoría Financiera	REVISADO:
APROBADO POR: Junta Directiva	REVISADO: 06.12.2016

- Las personas con la capacidad financiera para adquirir una cobertura de seguro de salud a través del Seguro de Salud Marketplace pueden ser obligadas a comprarlos. Se les facilitará el acceso a reunirse con un Navegador Certificado en el estado de Indiana como medio de asegurar el acceso a los servicios sanitarios para su salud personal en general y para la protección de sus activos individuales.
- Las personas que han descubierto que no son elegibles para Medicaid u otra cobertura de cuidado de salud asequible deben mostrar una prueba del rechazo.
- Cupones para Alimentos o Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP) no se contarán como ingresos.
- Los servicios de belleza no son elegibles para ningún tipo de asistencia y no pueden ser incluidos en la cantidad debida para facturas hospitalarias/médicas.

Las razones para no poder ser elegible para FAP

- El ingreso de la familia supera el máximo del 250% del FPL.
- Si un paciente es elegible para Medicaid, el Seguro de Salud Marketplace, (Healthcare.gov) u otros programas estatales o federales y el paciente no colabora en el proceso de solicitud, re-solicitud o apelación, por lo tanto el paciente no es elegible para el Programa del estado.
- Si el paciente es elegible y se inscribió en un plan de cuidado de salud Marketplace y no paga la prima mensual requerida, por lo tanto el plan de salud suspende la cobertura.
- Los servicios que no están necesarios por razones médicas o excluidos del programa.
- Servicios excluidos incluyen, pero no se limitan a:
 - Cirugía plástica.
 - Tratamientos de infertilidad, servicios de fertilidad, control de la natalidad, esterilización, reversión de la esterilización.
 - El incumplimiento de las compañías de seguros con la solicitud de información y/o documentación adicional (por ejemplo: Detalles del accidente, Formulario de Coordinación de Asistencia, etc.).



ASUNTO: Política de Asistencia Financiera (FAP)	Página 12 de 17
SECCIÓN: Asesoría Financiera	ENTRADA EN VIGOR: 19.10.90
DEPARTAMENTO: Asesoría Financiera	REVISADO:
APROBADO POR: Junta Directiva	REVISADO: 06.12.2016

- Servicios reembolsados directamente a usted por su compañía de seguros.
- Servicios reembolsados por un tercero.
- Servicios necesarios para el empleo, escuelas o atletismo.
- Servicios reembolsados en virtud de un contrato negociado con una empresa o empleador específico.

Cobertura de Asistencia Financiera para los servicios médicos

Para determinar si un médico está cubierto por la FAP de DeKalb Health, consulte el Anexo A y el Anexo B. Estos documentos se guardan para los médicos que están cubiertos y no cubiertos por la FAP de DeKalb Health. Están disponibles en www.dekalbhealth.com o de forma gratuita a través de:

- Llamar al Servicio al Cliente al número 260-333-7699
- La presentación a Central Business Office en:
 - 1700 East 7th Street
 - Auburn, IN 46706
- La presentación al Asesor financiero ubicado en el hospital (Use la puerta de entrada #5 y proceda al segundo piso Área de acceso del paciente)
- Solicitar por escrito por correo:

DeKalb Health
P.O. Box 542
Auburn, IN 46706

Elegibilidad presunta

Un paciente en cualquiera de las siguientes circunstancias se considerará automáticamente elegible para Asistencia Financiera o económica (presuntamente elegible). Ninguna solicitud de asistencia no es necesaria si el paciente se considera

ASUNTO: Política de Asistencia Financiera (FAP)	Página 13 de 17
SECCIÓN: Asesoría Financiera	ENTRADA EN VIGOR: 19.10.90
DEPARTAMENTO: Asesoría Financiera	REVISADO:
APROBADO POR: Junta Directiva	REVISADO: 06.12.2016

presuntamente elegible para recibir asistencia. La documentación de validación de estas circunstancias puede ser necesaria.

- Paciente y/o el garante responsable reside en el Refugio de Salvation Army, Refugio para mujeres o cualquier refugio similar
- Paciente/garante tiene un ingreso fijo igual o menos el valor del FPL, pero se considera que excede los límites de recursos para cualquier programa de Medicaid.

Las cuentas para cualquier paciente que califica para Medicaid, pero cuya cobertura no incluye los servicios dentro de los últimos noventa (90) días, serán presuntamente elegibles para un ajuste de la caridad. Se debe tener un rechazo de la cobertura de Medicaid antes de ajustar el saldo a la caridad. Es responsabilidad del paciente para proporcionar una carta de rechazo de Medicaid si la solicitud de Medicaid no fue rellena a través de un navegador en el sitio en DeKalb Health.

DeKalb Health entiende que ciertos pacientes pueden ser incapaces de rellenar una solicitud de Asistencia Financiera, de cumplir con las solicitudes de documentación, o no responden de cualquier otra manera al proceso de solicitud. Como resultado, puede haber circunstancias en las cuales se establece la calificación de un paciente para recibir Asistencia Financiera sin completar la solicitud de asistencia formal. En estas circunstancias, DeKalb Health puede utilizar otras fuentes de información para hacer una evaluación individual de las necesidades financieras. Una determinación de elegibilidad para Asistencia Financiera o catastrófica puede hacerse sin un formulario de evaluación relleno si el paciente o la información no es razonablemente disponible y la elegibilidad se justifica dadas las circunstancias. Esta información permitirá DeKalb Health para tomar una decisión informada sobre la necesidad económica de los pacientes que no responden, utilizando las mejores estimaciones disponibles en la ausencia de información proporcionada directamente por el paciente.

DeKalb Health puede utilizar un tercero para realizar una revisión electrónica de la información del paciente para evaluar la necesidad económica. Esta evaluación utiliza un modelo reconocido por la industria del cuidado de salud que se basa en las bases de datos de registros públicos. Este modelo predictivo incorpora datos de registros públicos para calcular una puntuación socioeconómica y financiera de capacidades que incluye

ASUNTO: Política de Asistencia Financiera (FAP)	Página 14 de 17
SECCIÓN: Asesoría Financiera	ENTRADA EN VIGOR: 19.10.90
DEPARTAMENTO: Asesoría Financiera	REVISADO:
APROBADO POR: Junta Directiva	REVISADO: 06.12.2016

estimaciones de ingresos, activos y liquidez. La tecnología electrónica está diseñada para evaluar a cada paciente con los mismos estándares y se calibra contra las aprobaciones históricas de Asistencia Financiera de DeKalb Health en el marco del proceso de solicitud tradicional.

La tecnología electrónica se desplegará antes de la asignación de deudas incobrables después de agotar todas las otras fuentes de elegibilidad y de pago. Esto permite a DeKalb Health a someter a todos los pacientes para Asistencia Financiera antes de continuar con las acciones de cobro extraordinarias. Los datos devueltos de esta revisión electrónica de elegibilidad constituirán la documentación adecuada de las necesidades financieras bajo esta política. Si el paciente es determinado elegible a través de la revisión electrónica, se enviará una notificación al paciente.

Falta de suministro de la información adecuada

La falta de suministro de la información necesaria para realizar una evaluación financiera puede resultar en una determinación negativa, pero la cuenta debe ser examinada de nuevo tras la recepción de la información requerida. El paciente tendrá 10 días a partir de la fecha de la carta de solicitud para devolver la información solicitada. La cuenta también puede ser presentada para su aprobación si DeKalb Health ha podido verificar la información con un tercero fiable, es decir, la Seguridad Social, Medicaid, oficina de informes de crédito, etc.

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

No se puede negar la asistencia a ningún paciente debido a su falta de información o documentación no especificado en el FAP o aplicación.

La falta de pago del paciente del resto de la cuenta después de Asistencia Financiera

La falta de un paciente/garante de pagar el resto de su cuenta después de deducir la parte de la asistencia puede resultar en la colocación de la cuenta con una agencia de cobro.

ASUNTO: Política de Asistencia Financiera (FAP)	Página 15 de 17
SECCIÓN: Asesoría Financiera	ENTRADA EN VIGOR: 19.10.90
DEPARTAMENTO: Asesoría Financiera	REVISADO:
APROBADO POR: Junta Directiva	REVISADO: 06.12.2016

El resto de la cuenta estará sujeto a cualquier acción de cobro incluyendo recursos legales como la demanda, embargo de salario, gravamen o la presentación de informes adversos de la oficina si no se paga.

Facturación y cobro

Las cuentas de los servicios hospitalarios y/o servicios de los médicos del hospital (consulte el Anexo A), para los pacientes que son capaces, pero no quieren pagar las deudas, se consideran deudas incobrables y se transferirán a una agencia externa para el cobro. Los saldos pendientes de pago con descuento de pacientes que califican para el FAP se consideran deudas incobrables y estos pacientes serán transferidos a una agencia externa para el cobro. La política de facturación y cobro está publicada en la página web del hospital. Además, una copia gratuita de la Política de facturación y cobro se puede obtener a través de una solicitud a la Central Business Office (información de contacto más arriba).

Se intentarán declaraciones y llamadas telefónicas al paciente para tratar de cobrar los saldos pendientes antes de considerar la cuenta una deuda incobrable. El paciente es notificado antes de cualquier ECA.

Central Business Office tiene la responsabilidad de supervisar y garantizar que un esfuerzo razonable para determinar si una persona es elegible para FAP y para determinar si y cuando las acciones de cobro extraordinarias pueden ser tomadas de acuerdo con esta política y la Política de Facturación y Cobro.

Procedimiento General para determinar los servicios elegibles y la posible cobertura de terceros

DeKalb Health, o su designado, determinará si el individuo puede ser elegible para otra cobertura bajo cualquier aseguradora de terceros incluyendo Medicaid y cualquier otro programa regional, estatal o federal, incluyendo, pero no limitado a un plan de salud asequible a través del Marketplace Exchange federal.

DeKalb Health, o su designado, determinará si el tipo de servicios prestados son elegibles para la cobertura de la póliza de Asistencia Financiera.

DeKalb Health, o su designado, verificará los ingresos utilizando cualquier método razonable para establecer la elegibilidad incluyendo formularios W-2 de retención, talones de pago, declaraciones de impuestos; las impresiones de nómina; documentos de aprobación o rechazo de la compensación por desempleo o beneficios de compensación de los trabajadores; verificación oral o escrita de los salarios del empleador, la verificación

ASUNTO: Política de Asistencia Financiera (FAP)	Página 16 de 17
SECCIÓN: Asesoría Financiera	ENTRADA EN VIGOR: 19.10.90
DEPARTAMENTO: Asesoría Financiera	REVISADO:
APROBADO POR: Junta Directiva	REVISADO: 06.12.2016

oral de las agencias de asistencia pública, o la verificación de ingresos, a la discreción de DeKalb Health, y la estimación disponible de las agencias de informes de crédito.

Si el proceso de verificación indica que los ingresos de la familia son falsos o incompletos, DeKalb Health, o su designado, determinará que el paciente no es elegible y proporcionará al solicitante un rechazo escrito de fecha con el motivo del rechazo.

Puede que no sea posible verificar una declaración de poco o ningún ingreso. Una investigación de crédito se puede llevar a cabo en estos casos y una aprobación de la asistencia se puede dar si la investigación apoya la declaración de poco o ningún ingreso.

La aprobación condicional puede ser otorgada en base a al suministro del solicitante de la información que sea razonablemente necesaria para corroborar su elegibilidad.

DeKalb Health, o su representante, auditará periódicamente las aplicaciones que incluyen información probada y puede solicitar que la documentación de ingresos y activos se debe proporcionar para que el paciente sea elegible para recibir Asistencia Financiera.

Determinación de Asistencia Financiera

Todas las solicitudes rellenas recibirán una determinación para la otorgación de la Asistencia Financiera. Al paciente se le proporciona una copia escrita de la determinación final.

Las determinaciones favorables

Una determinación favorable incluirá la siguiente información:

- Las fechas de servicio, cuentas y servicios en su caso
- La fecha de la solicitud
- La fecha de la determinación
- El ingreso y el tamaño de la familia que se utilizaron en la determinación.

ASUNTO: Política de Asistencia Financiera (FAP)	Página 17 de 17
SECCIÓN: Asesoría Financiera	ENTRADA EN VIGOR: 19.10.90
DEPARTAMENTO: Asesoría Financiera	REVISADO:
APROBADO POR: Junta Directiva	REVISADO: 06.12.2016

La amortización de la Asistencia Financiera se calcula por el saldo de la cuenta en el momento en que el paciente está aprobado para la Asistencia Financiera. Si un paciente es considerado elegible para la Asistencia Financiera, cualquier pago (co-seguro, co-pago, deducible, etc.) hecho en el momento de servicio no será devuelto.

Las determinaciones desfavorables

Una determinación desfavorable incluirá una explicación o razón.

- Los servicios están firmemente excluidos de la consideración. (Es decir, no de emergencia o cosméticos)
- La persona está totalmente cubierta, o recibe servicios totalmente cubiertos por un asegurador tercero o programa de gobierno.
- No se cumplieron las normas de elegibilidad bajo FPL.
- La persona no tomó medidas razonables para obtener cobertura de terceros si se ha establecido como condición de elegibilidad bajo esta política.

Programa de descuento

Porcentaje del Nivel Federal de Pobreza

0% a 200%
201% a 250%

Porcentaje de reducción

100%
54%