

Número de la Política del Programa: NETFIN003
APROBADO PARA:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> COMMUNITY HEALTH NETWORK FOUNDATION, INC. | <input checked="" type="checkbox"/> COMMUNITY PHYSICIAN NETWORK |
| <input type="checkbox"/> COMMUNITY HEALTH NETWORK, INC. | <input checked="" type="checkbox"/> INDIANA PROHEALTH NETWORK, INC. |
| <input type="checkbox"/> COMMUNITY HOSPITAL SOUTH, INC. | <input checked="" type="checkbox"/> VISIONARY ENTERPRISES, INC. |
| <input type="checkbox"/> COMMUNITY HOSPITALS OF INDIANA, INC. | <input checked="" type="checkbox"/> COMMUNITY HEART AND VASCULAR HOSPITAL |
| <input type="checkbox"/> COMMUNITY HOWARD REGIONAL HEALTH | <input checked="" type="checkbox"/> COMMUNITY HOSPITAL WESTVIEW |
| <input type="checkbox"/> COMMUNITY HOME HEALTH | |

Fecha original:	04/01/2006		
Fecha efectiva:	01/01/2017		
Revisión/Repaso	Resumen de Cambios	Revisión/Repas	Resumen de cambios
12/13/05	SECCIÓN REVISADA 4.1	2/12/2008	SECCIÓN AGREGADA 3.3
02/03/06	SECCIÓN REVISADA 3.5	2/2/2009	ACTUALIZACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DE POBREZA Y 1.16.1
06/16/06	SECCIÓN ELIMINADA 1.11.5	11/5/2010	REVISADA
11/01/06	SECCIÓN AGREGADA 3.9-3.12	1/1/2012	REVISIÓN MAYOR – ESCALA MÓVIL/ POLÍTICA; REESTRUCTURA
01/15/07	SECCIÓN AGREGADA 6	12/13/13	REVISADA
1/29/2007	SECCIÓN REVISADA 3.5	10/7/2014	REVISADA
3/29/2007	Eliminar Anexo C y SECCIÓN 1.11.3	10/29/2014	SECCIÓN AGREGADA 8.16
1/29/2008	ACTUALIZACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DE POBREZA	12/17/2015	ACTUALIZADO POR 501R
11/16/2016	ACTUALIZAR Sec. 1.4, 2.2, 2.3, 3.2-3.4, 5.2-5.5, 7.8, 8.10	11/16/2016	REVISADA
2/20/2017	ACTUALIZAR Sec. 1.4, 1.4.2.5, 3.4, 5.1, 5.5, 8.6, 8.11, 8.14, 8.15m Anexo B y Anexo C, Eliminado 5.6-5.9	2/20/2017	REVISADA

POLÍTICA

Es la política de Community Health Network, Inc. ["Community"] y sus afiliados 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 la red de un 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 con los requisitos de documentación con el fin 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 área donde sirve Community Health Network.

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.

FILOSOFÍA

Community Health Network, 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, con 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.

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.

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 y/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, ésta 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 de vivienda, 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 toma en cuenta 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, ayuda ajena al hogar y otras fuentes diversas; los beneficios no monetarios (tales como cupones de alimentos y subsidios de vivienda) no cuentan; otros determinados 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: Los 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: El 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 y/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 cumplan con la definición de "familia" que figura a continuación.

1.0 Términos de la Política

1.1. Provisión de Asistencia Financiera: Todos los años, Community establecerá un porcentaje del total de gastos de funcionamiento consolidados que se asignarán para Asistencia Financiera como un componente de la categoría más amplia de los Beneficios de Community. Además, habrá un monitoreo de nuestro ratio del costo de Beneficio de Community al total de gastos de funcionamiento consolidados, comparado con los componentes pre-determinados del mercado aplicable con una meta de proporcionar los Beneficios de Community en su totalidad a un ratio mejor que el promedio dentro del mercado servido aplicable.

1.2. No discriminación: Prestaremos servicios a nuestros pacientes que tienen necesidad de recibir servicios Medicamento 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 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 medicamento 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; servicios médicamente necesarios así prestados o referidos por un médico y evaluados en cada caso. Tales servicios necesarios prestados dentro de un marco distinto al de emergencia se pueden ejecutar a la discreción de Community y sus médicos en un lugar de servicio/nivel de atención pre-determinado para que se considere elegible para asistencia financiera.

- Se puede pedir de aquellos solicitantes aprobados para recibir asistencia financiera que participen en el programa IPCT de Community. Si se pide al solicitante que forme parte del programa, su participación continua será un requisito para el recibimiento de asistencia financiera posterior.

1.4 Exclusiones del Programa:

1.4.1. Todos los servicios prestados a un paciente que se consideran electivos o no médicamente necesarios, no estarán sujetos a ningún régimen de descuento de asistencia financiera.

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 sólo se proporcionará a ciudadanos de los Estados Unidos o extranjeros legalmente documentados, y es posible que se pida a los solicitantes que proporcionen documentación relativo a su ciudadanía o estatus legal.

1.4.2.2. La cobertura excluirá a los solicitantes que residan fuera del estado de Indiana. Ver Anexo A.

1.4.2.3. La cobertura excluirá la prestación de la Atención de Caridad para el copago de cualquier cantidad que el solicitante tenga la obligación contractual de pagar a Community Health Network de acuerdo con los términos y condiciones que existan entre el solicitante y su compañía aseguradora. Además, se espera que se pague el cincuenta por ciento (50%) de cualquier deducible antes de programar el tratamiento médico.

1.4.2.4. Para pacientes no asegurados, la cobertura excluirá una porción inicial así descrita que figura a continuación de la cual el solicitante es responsable como su contribución al costo de la atención recibida. Esta porción de “contribución del solicitante” se aplica a cada episodio de atención con la excepción de las visitas recurrentes facturadas cada 30 días como una cuenta separada. La porción de contribución del solicitante está dividida de la siguiente manera:

- Veinte dólares (\$20.00) por cada visita de atención primaria,
- Treinta y cinco dólares (\$35.00) por cada visita de atención especializada,
- Ciento veinte y cinco dólares (\$125.00) por cada visita ambulatoria y/o visita a la sala de emergencia.

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 y se deben presentar solicitudes por escrito dirigidas al Vicepresidente, Ciclo de Ingreso, o a un Director Ejecutivo.

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.

2.3. Se harán todos los esfuerzos a fin de establecer la elegibilidad para recibir Asistencia Financiera antes de que el paciente abandone la instalación/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. Apelaciones de Asistencia Financiera: La red mantendrá un proceso de Apelación de Asistencia Financiera para revisar las apelaciones de aquellas personas cuyas aplicaciones fueron negadas o no fueron elegibles a recibir el nivel de Asistencia Financiera al cual las partes responsables pensaron que fueron elegibles. Cualquier excepción a la política necesitará la aprobación del Comité de Asistencia Financiera.

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, con 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 ecomunity.com o llamando a Servicio al Cliente.

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 del Resumen en Términos Sencillos (Anexo C) en el área de registro y de espera de cada paciente como también estarán disponibles en línea en ecomunitu.com. En el caso de que se presten los servicios en el hogar, se entregará el Resumen de la Política de Asistencia Financiera a la parte responsable durante la primera visita al hogar. 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. “Sobre su Factura. Preguntas Frecuentes”: Se pondrá a la disponibilidad copias de estos documentos en las áreas de registro, como en las Oficinas Comerciales y en las de los Consejeros Financieros.

5.5. Community realizará esfuerzos razonables para informar y notificar a los residentes de la comunidad que se sirve sobre la Política de Asistencia Financiera de una manera razonablemente calculada para llegar a los miembros de dicha comunidad que más probablemente requerirán de la asistencia financiera. Las maneras en las que se puede entregar esta información es por medio de boletines, folletos y/o la provisión de acceso en línea.

6.0 Uniformidad a lo largo de la Red

6.1. Esta política se aplica a todas las corporaciones de Community Health Network que prestan servicios y atención de salud a los pacientes según lo adoptado por las Juntas Directivas aplicables y de acuerdo con los lineamientos proporcionados por los requisitos 501r. Las únicas excepciones son determinadas unidades de negocio que operan 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. Contabilidad: La contabilidad para los fines de Asistencia Financiera estará de acuerdo con la Política de Contabilidad de los Beneficios de Community.

6.5. Mantenimiento de registros internos: Solicitud de Asistencia Financiera: Cuando se requiera, 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 y/o apelación, y se pondrán a disposición en el sistema de imágenes de la red. Se debe registrar toda deuda cancelada de manera que se mantenga en consonancia con los recursos disponibles para cada corporación/unidad de negocio y en una manera que permita el acceso a tal 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 identificarlos específicamente como un "descuento automático para los No asegurados" de manera que se mantenga en consonancia con los recursos disponibles para cada corporación/unidad de negocio y en una manera que permita el acceso a tal información para fines de mantenimiento de registros, informes y análisis. 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 la red 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 la red 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 de 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(s) y el paciente califica 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 y/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, beneficios

- sociales, 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.
 - Residentes 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 morosas, 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.

7.7. Los términos del Programa de Asistencia Financiera de Community sólo 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 Health Network.

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. Con el fin 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 y/o padrastro(s) 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(es) de impuestos de dicha persona(s).

8.3.2. Cuando el paciente no es menor de edad o es un menor emancipado: El paciente, el cónyuge y los dependientes de éste en la(s) declaración(es) 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(es) de impuestos de dicha persona(s).

8.4. El ingreso familiar, el tamaño de la familia, el % del FPL y otros datos se pueden obtener y ser utilizados para corroborar los detalles proporcionados con el fin 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 que o iguales a 200% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) del año en curso calificarán para obtener asistencia financiera del 100%.
- Los pacientes (solicitantes) con niveles de ingresos de entre el 201% y el 300% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) del año en curso calificarán para asistencia parcial así determinada por una escala móvil detallada 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 Ejecutivo, Servicios Financieros del Paciente. 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 por medio de un proceso de apelación.
- Los pacientes (solicitantes) no asegurados y que no cumplan con estos requisitos de ingresos recibirán un descuento del 65% sobre los cargos brutos por servicios en cada instalación en función de la Cantidad Generalmente Facturada (CGF), y un descuento de 25% sobre los cargos brutos por servicios profesionales 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. Se pedirá a los pacientes que califiquen para asistencia parcial que paguen por completo el balance determinado. Si el paciente no puede pagar el balance descontado por completo entonces se fijará un plan de pagos de acuerdo a los lineamientos de pagos establecidos. Se aplicará el cuadro en la Tabla 1.1 que sigue para el resto de personas, pero ningún paciente recibirá atención de caridad si >300% de FPL sin la aprobación del Director Ejecutivo, Servicios Financieros del Paciente. Si un paciente califica para un descuento del <100%, se pedirá que él/ella pague un 50% de depósito con anticipación a los servicios y se comprometa a un plan de resolución aceptable del balance. Basado en la totalidad de las circunstancias del paciente, se pueden ofrecer mayores prestaciones de acuerdo a la discreción del Director Ejecutivo, Servicios Financieros del Paciente.

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. Cobertura Potencial por medio del Programa de Asistencia Financiera: Se otorgará a los pacientes elegibilidad potencial extendida de asistencia financiera por un periodo de treinta (30) días de la fecha de calificación si el paciente es un residente del distrito de servicio de salud de Community.

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 al Jefe/Manager de Servicio al Cliente al (317) 355-5555. 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 seguidos a la fecha inicial de la solicitud para completar y devolver dicha solicitud. El solicitante podrá solicitar una prórroga de quince (15) días 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. Se conectará las cuentas en cuestión, de todos los pacientes que presenten una solicitud, en la base de datos correspondiente para un uso futuro.

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 **sección 4** de 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 aprobará o denegará dentro de los cuarenta y cinco (45) 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. Proceso de Excepción: Tras la recepción de una denegación de asistencia financiera, la parte responsable (“solicitante”) puede solicitar que se revisen nuevamente los cargos por medio del proceso de apelación. El Comité de Apelación será responsable de confirmar o anular la decisión financiera.

Tabla 1.1
 Escala móvil para descuentos por caridad

% Calculado de FPL	% Descuento	Ajuste CDM
≤ 200%	100%	0910
201%-225%	90%	0910
226%-250%	80%	0910
251%-275%	70%	0910
276%-300%	60%	0910

Tabla 1.2
 Proveedores Elegibles

Además de la atención prestada en los centros de Community Health Network, la atención de emergencia y la atención médicamente necesaria proporcionadas por los proveedores que figuran a continuación están también cubiertas bajo este Programa de Asistencia Financiera.

Médicos de Community Health Network

Tabla 1.3

La atención proporcionada por cualquiera de los proveedores que figuran a continuación en un centro de Community Health Network NO se cubre en virtud de esta política, ya que estos proveedores no son empleados de Community Health Network. Como tales, las facturas recibidas por los pacientes de Community Health Network 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.

Mid America Clinical Laboratories
AmeriPath
Community Anesthesia Associates
Community Rehab Hospital
EmCare
Radiology of Indiana (formerly Irvington Radiologists)
Northwest Radiology
Radiology Associates of Indianapolis
Southeast Anesthesia
Urology of Indiana
Josephson Wallack Munshower Neurology (JWM)
Medical Associates
Northside Radiology Consultants, LLC
Intensivists, Dr. Malik and Dr. Kabir

Emergency Physicians of Community Hospital Anderson
Community Pathology and Nuclear Medicine, PC
Urology of Indiana
Josephson, Wallack, Munshower Neurology (JWM)
Central Indiana Orthopedics (CIO)
Gallahue Mental Health Services
The Jane Pauley Center, a Federally Qualified Healthcare Center (FQHC)

Aprobado Por:

Bryan Mills, CEO
Presidente y Ejecutivo Principal
Fecha Efectiva: 1^{ero} de enero de 2017

Anexo A

Community está comprometido a servir a las poblaciones dentro de su área de servicio/alrededores así definido por aquellas personas que residen en el estado de Indiana. La residencia en el estado de Indiana le hace elegible al Programa de Asistencia Financiera.

Anexo B

SOLICITUDES PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Le agradecemos por darnos la oportunidad para servir sus necesidades de atención de salud y por expresar interés en nuestro Programa de Asistencia Financiera.

Sírvase completar esta solicitud y devolvérsenos con **toda la documentación complementaria requerida dentro de 15 días** para evitar una posible denegación de su solicitud. Se mantendrá estrictamente confidencial la información que nos proporciona, 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 Health Network.

Sírvase proporcionar la siguiente información completa y correcta. La información está sujeta a ser verificada. Si hay más de cinco (5) miembros en su hogar sírvase adjuntar una lista adicional.		
Nombre del Paciente (1er nombre, 2do nombre, Apellido)	No. Seguro Social	No. total de miembros del hogar
Domicilio	Fecha de nacimiento	Tel. Hogar/Celular
Ciudad/Estado/Zona postal		Tel. Trabajo
Nombre del Garante		

Los dependientes pueden vivir fuera de su hogar de residencia principal si constan en su declaración de impuestos o en la de su cónyuge.

Indique los nombres de TODOS los miembros de su hogar	Fecha de Nacimiento	No. Seguro Social	Parentesco al Paciente	Seguro Médico
1		- -		Sí / No
2		- -		Sí / No
3		- -		Sí / No
4		- -		Sí / No
5		- -		Si / No

Presupuesto Mensual			
Ingreso Mensual Bruto (GMI por sus siglas en inglés)		Transporte:	
Fuente:	\$	Gasolina y Aceite	
Fuente:	\$	Total	\$ _____
Fuente:	\$	Gastos Médicos/Salud:	
Fuente:	\$	Facturas por pagar	\$ _____
Fuente:	\$	Medicamentos	\$ _____
Total	\$ _____	Total	\$ _____
Gastos Mensuales		Seguro:	
Vivienda:		Para automóvil	\$
Hipoteca/Alquiler	\$	Médico	\$
Total	\$ _____	De Casa/Inquilino	\$
Servicios Públicos:		De Vida	\$
Electricidad/Gas/Agua	\$	Total	\$ _____
Internet/Cable	\$	Déudas:	
Teléfono/Celular	\$	Pago(s) de automóvil	\$
Servicio de recogida de basura	\$	Cuidado de niños	\$
Total	\$ _____	Tarjeta(s) de crédito	\$
Alimentación:		Préstamo de estudiante	\$
Despensa	\$	Varios	\$
Total	\$ _____	Total	\$ _____
Gastos Totales			\$ _____

YO CERTIFICO que la información que he proporcionado del tamaño de mi familia y del ingreso familiar es fiel y exacto. Comprendo que cualquier distorsión de esta información dará lugar a la denegación de la asistencia financiera. Autorizo a Community Health Network que tenga acceso a fuentes adicionales de información para verificar mi calificación para recibir ayuda.

Firma del Solicitante/Paciente _____ Fecha _____

Firma del Cónyuge (si es co-solicitante) _____ Fecha _____

Le agradecemos por su solicitud y por la oportunidad que nos ha dado para servir sus necesidades de atención de salud. Sírvase devolver su solicitud completa junto con toda la documentación complementaria al **Número de Fax: 317.355.8778, Email: billinghelp@community.com o la dirección postal: 6435 Castleway West Drive, Indianapolis, IN 46250. Sírvase llamar al 317.355.5555** si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda con esta solicitud. **Le informaremos por escrito sobre nuestra decisión dentro de 45 días del recibo de su solicitud.**



SOLICITUD PARA LA RENOVACIÓN DE LA ASISTENCIA FINANCIERA

Gracias por su continuo interés en el Programa de Asistencia Financiera de Community Health Network. Sírvase completar esta solicitud y devolverla dentro de 15 días con el fin de que podamos evaluar su necesidad para recibir asistencia financiera. Se mantendrá la información que nos proporciona estrictamente confidencial y no se usará para ningún otro propósito que el de evaluar su necesidad para la asistencia financiera. No compartiremos esta información con ninguna otra persona u organización exterior de Community Health Network.

Sírvase proporcionar la siguiente información con el fin de que podamos entender mejor cuántas personas conforman su familia.

NOMBRE DEL PACIENTE _____ No. Tel. _____ EMAIL _____

No. SEGURO SOCIAL _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DOMICILIO _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZONA POSTAL _____

NOMBRE DEL GARANTE _____ No. CUENTA _____

Los dependientes pueden vivir fuera de su hogar de residencia principal si constan en su declaración de impuestos o en la de su cónyuge.

INDIQUE LOS NOMBRES DE TODOS LOS MIEMBROS DE SU HOGAR	FECH DE NACIMIENTO	No. SEGURO SOCIAL	PARENTEZCO AL PACIENTE	SEGURO MÉDICO
1		- -		Sí/ No
2		- -		Sí/ No
3		- -		Sí/ No
4		- -		Sí/ No
5		- -		Sí/ No

INFORMACIÓN FINANCIERA DE LA FAMILIA

¿Cuál es el ingreso gastable del hogar antes de los impuestos proveniente de todas las fuentes tales como, pero no exclusivamente de: sueldos, salarios, propinas, comisiones, pensiones, beneficios de Seguro Social, interés, inversiones, rentas, regalías, pensión alimenticia, manutención de los hijos, beneficios por discapacidad, compensación por desempleo, etc.?

\$ _____

YO CERTIFICO que la información que he proporcionado del tamaño de mi familia y del ingreso familiar es fiel y exacto y que no ha cambiado desde la última solicitud. Comprendo que cualquier distorsión de esta información dará lugar a la denegación de la asistencia financiera. Autorizo a Community Health Network que tenga acceso a fuentes adicionales de información para verificar mi calificación para recibir ayuda.

Firma del Solicitante/Paciente _____ Fecha _____

Firma del Cónyuge _____ Fecha _____

Le agradecemos por su solicitud y por la oportunidad que nos ha dado para servir sus necesidades de atención de salud. Sírvase devolver su solicitud completa junto con toda la documentación complementaria al: **Número de Fax: 317-355-8778, Email billinghelp@ecommunity.com** o a la dirección postal 6435 Castleway West Drive, Indianapolis, IN 46250. Sírvase llamar al 317-355-5555 si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda con esta solicitud. Le informaremos por escrito sobre nuestra decisión dentro de 30 días del recibo de su solicitud.

Número de la Política del Programa: NETFIN003
APROBADO PARA:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ⊗ COMMUNITY HEALTH NETWORK FOUNDATION, INC. ⊗ COMMUNITY HEALTH NETWORK, INC. ⊗ COMMUNITY HOSPITAL SOUTH, INC. ⊗ COMMUNITY HOSPITALS OF INDIANA, INC. ⊗ COMMUNITY HOWARD REGIONAL HEALTH ⊗ COMMUNITY HOME HEALTH | <ul style="list-style-type: none"> ☑ COMMUNITY PHYSICIAN NETWORK ☑ INDIANA PROHEALTH NETWORK, INC. ☑ VISIONARY ENTERPRISES, INC. ☑ COMMUNITY HEART AND VASCULAR HOSPITAL ☑ COMMUNITY HOSPITAL WESTVIEW |
|--|---|

Fecha original:	04/01/2006		
Fecha efectiva:	01/01/2017		
Revisión/Repaso	Resumen de Cambios	Revisión/Repas	Resumen de cambios
12/13/05	SECCIÓN REVISADA 4.1	2/12/2008	SECCIÓN AGREGADA 3.3
02/03/06	SECCIÓN REVISADA 3.5	2/2/2009	ACTUALIZACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DE POBREZA Y 1.16.1
06/16/06	SECCIÓN ELIMINADA 1.11.5	11/5/2010	REVISADA
11/01/06	SECCIÓN AGREGADA 3.9-3.12	1/1/2012	REVISIÓN MAYOR – ESCALA MÓVIL/ POLÍTICA; REESTRUCTURA
01/15/07	SECCIÓN AGREGADA 6	12/13/13	REVISADA
1/29/2007	SECCIÓN REVISADA 3.5	10/7/2014	REVISADA
3/29/2007	Eliminar Anexo C y SECCIÓN 1.11.3	10/29/2014	SECCIÓN AGREGADA 8.16
1/29/2008	ACTUALIZACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DE POBREZA	12/17/2015	ACTUALIZADO POR 501R
11/16/2016	ACTUALIZAR Sec. 1.4, 2.2, 2.3, 3.2-3.4, 5.2-5.5, 7.8, 8.10	11/16/2016	REVISADA
2/20/2017	ACTUALIZAR Sec. 1.4, 1.4.2.5, 3.4, 5.1, 5.5, 8.6, 8.11, 8.14, 8.15m Anexo B y Anexo C, Eliminado 5.6-5.9	2/20/2017	REVISADA

POLÍTICA

Es la política de Community Health Network, Inc. ["Community"] y sus afiliados 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 la red de un 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 con los requisitos de documentación con el fin 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 área donde sirve Community Health Network.

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.

FILOSOFÍA

Community Health Network, 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

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS DE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Community Health Network está al servicio de las necesidades médicas de la comunidad, sin distinción de raza, credo, color, sexo, origen nacional, orientación sexual, discapacidad, edad, capacidad de pago o cualquier otra clasificación o característica.

Reconocemos la necesidad de brindar atención a las personas que no poseen capacidad de pago. Los pacientes que cumplen con los requisitos de nuestro programa de asistencia financiera pueden recibir servicios de salud médicamente necesarios a un costo significativamente reducido según la verificación de la necesidad financiera. Community Health Network comprende y honra la necesidad de mantener la dignidad del paciente y su familia durante el proceso de solicitud.

Los pacientes que se identifican a sí mismo como incapaces de pagar la totalidad o parte de su atención médica mantienen el derecho a solicitar asistencia financiera. Se sigue un proceso consistente por medio de una solicitud para determinar si los pacientes cumplen con los requisitos del Programa de Asistencia Financiera o si ellos pueden calificar para recibir otras formas de asistencia. La asistencia financiera no se considera un reemplazo de la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de Community y cumplan con los requisitos de documentación con el fin 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 alienta 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 y resguardar sus activos.

Aunque a veces se consideran otros factores tales como la bancarrota, gastos de salud catastróficos, activos del hogar, etc., la calificación principal para la provisión de asistencia financiera es el tamaño del hogar como el ingreso del hogar comparado al nivel de pobreza federal ajustado anualmente. Un hogar consiste de el jefe del hogar, el cónyuge y todos los “dependientes” así definidos por los lineamientos establecidos por el Servicio de Rentas Internas. La siguiente tabla demuestra el nivel de asistencia financiera a los cuales los pacientes pueden calificar de acuerdo al Programa de Asistencia Financiera.

No se cobrará a las personas elegibles en concepto de servicios de emergencia u otros servicios médicos necesarios más que las cantidades generalmente facturadas a las personas que tienen seguro médico que cubre tales servicios.

Tabla de Asistencia Financiera de Community Health Network para el 2017

La siguiente tabla demuestra el nivel de asistencia financiera a los cuales los pacientes pueden calificar de acuerdo al Programa de Asistencia Financiera.

% de Nivel de Pobreza Federal		≤200%	201-225%	226-250%	251-275%	276-300%	>300%
Nivel de Asistencia Financiera		100%	90%	80%	70%	60%	0%
Tamaño del Hogar	Nivel de Pobreza Federal	Gama del Ingreso Mensual del Hogar					
1	\$1,005	< 2,010	2,010 - 2,261	2,262 - 2,513	2,513 - 2,764	2,765 - 3,015	> 3,015
2	\$1,353	< 2,707	2,707 - 3,045	3,046 - 3,383	3,384 - 3,722	3,723 - 4,060	> 4,060
3	\$1,702	< 3,403	3,403 - 3,829	3,830 - 4,254	4,255 - 4,680	4,681 - 5,105	> 5,105
4	\$2,050	< 4,100	4,100 - 4,613	4,614 - 5,125	5,126 - 5,638	5,639 - 6,150	> 6,150
5	\$2,398	< 4,797	4,797 - 5,396	5,397 - 5,996	5,997 - 6,595	6,596 - 7,195	> 7,195
6	\$2,747	< 5,493	5,493 - 6,180	6,181 - 6,867	6,868 - 7,553	7,554 - 8,240	> 8,240
7	\$3,095	< 6,190	6,190 - 6,964	6,965 - 7,738	7,739 - 8,511	8,512 - 9,285	> 9,285
8	\$3,443	< 6,887	6,887 - 7,748	7,749 - 8,608	8,609 - 9,469	9,470 - 10,330	> 10,330
Cada Adicional	\$348	< 695	695 - 782	783 - 869	870 - 955	956 - 1,042	> 1,041

Se calcula el ingreso del hogar en base al ingreso bruto antes de los impuestos, deducciones y retención fiscal, e incluye todas las fuentes de ingreso tales como sueldos, salarios, propinas, pensión, pensión del Seguro Social, rentas, regalías, beneficios de discapacidad, pensión alimenticia, manutención de los hijos, compensación por desempleo, etc. Se debe incluir en la calculación el ingreso de todos los miembros del hogar. Es importante calcular su ingreso correctamente. Antes de otorgarle Asistencia Financiera, nosotros verificaremos el tamaño y el ingreso de su hogar por medio de base de datos externos, declaración de impuestos, declaraciones bancarias, vales, talonarios de cheques y otra documentación relevante que se requiera.

Se actualiza esta tabla todos los años de acuerdo con la publicación más reciente del Nivel de Pobreza Federal.

Política de Cobros

Refiérase a la política de [cobros de cuentas y resolución \(PDF\)](#) de Community.

¿Qué puedo hacer si tengo preguntas?

Si tiene preguntas adicionales o desea solicitar asistencia financiera sírvase contactar a un profesional de servicios financieros al paciente o consejero financiero a:

Community Health Network

6435 Castleway West Drive
 Indianapolis, IN 46250
 317-355-5555 or toll-free 866-721-4205
BillingHelp@eCommunity.com

Community Hospital Anderson

1515 N. Madison Avenue
 Anderson, IN 46011
 765-298-3300 or toll-free 866-298-3300
FinancialHelp@eCommunity.com

**Community Surgery Centers
 and Stones Crossing**

10194 Crosspoint Blvd, Suite 400
 Indianapolis, IN 46256
 317-621-0300 or toll free 855-621-0300
VEIBillingHelp@eCommunity.com

Community Howard Regional Health

6435 Castleway West Drive
 Indianapolis, IN 46250
 765-453-8461
FinancialCounselor@eCommunity.com

Community Westview Hospital

6435 Castleway West Drive
 Indianapolis, IN 46250
 317-644-5850 or 317-920-7195
BillingHelp@eCommunity.com