

Política de asistencia financiera

Última revisión: 1 de enero de 2022

Política/principios

La política de Indiana Orthopaedic Hospital, LLC (“OrthoIndy” u “Hospital”) busca garantizar una práctica socialmente justa en el suministro de atención de emergencia u otra atención médica necesaria en el Hospital. Esta política está orientada a atender las necesidades médicas de la comunidad. El Programa de Asistencia Financiera se ha establecido para proporcionar alivio financiero a aquellas personas que no pueden satisfacer sus obligaciones financieras con el Hospital. Esta política se aplica a cada uno de los siguientes centros de OrthoIndy:

- OrthoIndy Hospital Main 8400 Northwest Blvd Indianapolis, IN 46278
- OrthoIndy Hospital South 1260 Innovation Pkwy Suite 135 Greenwood, IN 46143
- OrthoIndy West 7950 Ortho Ln. Brownsburg, In 46112
- OrthoIndy NW PT 6040 W. 84th St Indianapolis, IN 46278
- OrthoIndy Center Grove PT 1579 Olive Branch Park Ln Suite 100 Greenwood, IN 46143
- OrthoIndy Fishers PT 10995 N. Allisonville Rd. Suite 101 Fishers, IN 46038
- OrthoIndy Carmel PT 805 W. Carmel Dr. Carmel, IN 46032
- OrthoIndy Westfield PT 17471 Wheeler Rd. Ste 114 Westfield, IN 46074

1. Toda la asistencia financiera reflejará nuestro compromiso y respeto por la dignidad humana individual y el bien común, nuestra inquietud especial por la solidaridad con las personas que viven en la pobreza y otras personas vulnerables, y nuestro compromiso con la protección y la justicia distributiva.

2. Esta política se aplica a toda la atención de emergencia u otra atención médica necesaria brindada por el Hospital, que incluye los servicios de médicos empleados. Esta política no se aplica a los cargos de atención que no es de emergencia y otra atención médica necesaria.

3. La Lista de proveedores cubiertos por la Política de asistencia financiera ofrece un listado de los proveedores que brindan atención dentro de las instalaciones del Hospital que especifica cuáles están cubiertos por la política de asistencia financiera y cuáles no.

Definiciones

A los fines de esta Política, se aplican las siguientes definiciones:

- **“501(r)”** significa Sección 501(r) del Código de Rentas Internas y las reglamentaciones promulgadas en virtud del mismo.
- **“Cantidad facturada habitualmente”** o **“AGB”** significa, en relación con la atención de emergencia y otra atención médica necesaria, la cantidad que habitualmente se factura a las personas que tienen seguro que cubre dicha atención.
- **“Atención de emergencia”** significa la atención para tratar una afección médica que se manifiesta por sí misma con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor grave) de forma tal que la ausencia de la atención médica inmediata puede ocasionar el deterioro considerable de la función corporal, el deterioro grave de cualquier órgano o parte del cuerpo, o puede colocar la salud de la persona en grave riesgo.
- **“Hospital”** significa Indiana Orthopaedic Hospital, LLC que incluye 10 centros en el Centro de Indiana.

- **“Atención médica necesaria”** significa atención que (1) es apropiada, consistente y esencial para la prevención, el diagnóstico o el nivel de servicio de la afección de un Paciente; (2) representa el suministro o nivel de servicio más apropiado para la afección del Paciente que puede brindarse de forma segura; (3) no se brinda principalmente para la conveniencia del Paciente, la familia del Paciente, el médico o cuidador; y (4) con mayor probabilidad será más beneficiosa para el Paciente que perjudicial. Para que la atención futura programada sea "atención médica necesaria", la atención y la programación de la atención debe contar con la aprobación del Director Médico del Hospital (o designado). La determinación de la atención médica necesaria debe realizarse por un proveedor autorizado que brinde atención médica al Paciente y, a criterio del Hospital, por el médico encargado de la admisión, la derivación o el Director Médico u otro médico encargado de la revisión (de acuerdo con el tipo de atención recomendada). En caso de que un médico encargado de la revisión considere que la atención solicitada por un Paciente cubierta por esta política no es médicamente necesaria, esa determinación también deberá confirmarla el médico encargado de la admisión o la derivación.
- **“Paciente”** significa aquellas personas que reciben atención de emergencia y otra atención médica necesaria en el Hospital y la persona que es responsable financieramente por la atención del paciente.

Asistencia Financiera Proporcionada

La asistencia financiera descrita en esta sección está disponible a todos los Pacientes del OrthoIndy Hospital.

1. Sujeto a las demás disposiciones de esta Política de asistencia financiera (“FAP”), los Pacientes con ingresos menores o iguales que el 200% del Nivel Federal de Pobreza (“FPL”), serán elegibles para recibir el 100 % de la atención de beneficencia sobre dicha porción de los cargos en relación con servicios por los cuales el Paciente es responsable luego del pago al asegurador, si hubiera alguno, si se determina que dicho Paciente es elegible para recibir asistencia financiera conforme a la solicitud de asistencia financiera (una “Solicitud de FAP”) en el día 240, o antes, tras la primera factura de liquidación del Paciente y la aprobación de la Solicitud de FAP por parte del Hospital. El Paciente será elegible para recibir hasta el 100 % de la asistencia financiera si presenta su Solicitud de FAP luego del día 240 tras la primera factura de liquidación del Paciente, pero luego, el monto de la asistencia financiera disponible para un Paciente en esta categoría está limitado al saldo impago del Paciente después de considerar cualquier pago realizado en la cuenta del Paciente. A un Paciente elegible para esta categoría de asistencia financiera no se le cobrarán más que los cargos AGB calculados.
2. Sujeto a las demás disposiciones de esta Política de asistencia financiera (“FAP”), los Pacientes con ingresos superiores al 200 % del FPL pero que superen el 300 % del FPL, recibirán un descuento escalonado sobre dicha porción de los cargos en relación con los servicios brindados por los cuales el Paciente es responsable luego del pago al asegurador, si hubiera alguno, si dicho Paciente presenta una Solicitud de FAP en el día 240, o antes, tras la primera factura de liquidación del Paciente y la aprobación de la Solicitud de FAP por parte del Hospital. El Paciente será elegible para recibir la asistencia financiera con descuento escalonado si presenta la Solicitud de FAP luego del día 240 tras la primera factura de liquidación del Paciente, pero luego, el monto de la asistencia financiera disponible para un Paciente en esta categoría está limitado al saldo impago del Paciente después de considerar cualquier pago realizado en la cuenta del Paciente. A un Paciente elegible para esta categoría de asistencia financiera no se le cobrarán más que los cargos AGB calculados. El descuento escalonado es el siguiente:

≤ 200 % del FPL actual	100 % cancelación de la cuenta
201 % - 225 % del FPL actual	80 % cancelación de la cuenta
226 % - 250 % del FPL actual	60 % cancelación de la cuenta
251 % - 275 % del FPL actual	40 % cancelación de la cuenta
276 % - 300 % del FPL actual	20 % cancelación de la cuenta

3. La elegibilidad para recibir asistencia financiera puede determinarse en cualquier momento del ciclo de ingresos de un Paciente con un saldo impago suficiente dentro de los primeros 240 días tras la primera factura de

liquidación del Paciente a fin de determinar la elegibilidad del 100 % de la atención de beneficencia independientemente de que el Paciente no complete una Solicitud de FAP.

Limitaciones en los cargos de paciente elegibles para recibir asistencia financiera

A los pacientes elegibles para recibir Asistencia financiera no se les cobrará individualmente más que el monto de AGB por atención de emergencia y otra atención médica necesaria, y un monto que no supere los cargos en bruto de toda la demás atención médica. El Hospital calcula uno o más porcentajes de AGB con el método “retrospectivo” e incluyendo una tarifa por servicio de Medicare y todas las aseguradoras que pagan reclamos al Hospital, de acuerdo con 501(r). Se puede obtener una copia gratuita de la descripción y los porcentajes del cálculo de AGB en el sitio web del Hospital o en el departamento de Registro del paciente. Se calculará la cantidad AGB anualmente y la actualización entrará en vigencia el 1.º de julio de cada año.

Solicitud de asistencia financiera y otra asistencia

Un paciente puede reunir las condiciones para recibir la asistencia financiera; para ello, puede presentar una Solicitud de FAP completada. La Solicitud de FAP está disponible en el sitio web del Hospital o en el departamento de Registro del paciente. El Hospital requerirá que las personas sin seguro trabajen con un asesor financiero para solicitar Medicaid u otros programas de asistencia pública para los cuales el Paciente se considera potencialmente elegible a fin de reunir las condiciones para recibir asistencia financiera. A un Paciente puede denegársele la asistencia financiera si este proporciona información falsa en una Solicitud de FAP o si se niega a trabajar con un asesor financiero para solicitar Medicaid u otros programas de asistencia pública para los cuales el Paciente se considera potencialmente elegible a fin de reunir las condiciones para recibir asistencia financiera. Junto con la Solicitud de FAP completada, también deben presentarse los siguientes documentos dentro de los quince (15) días calendario de la presentación de la Solicitud de FAP completada:

- a. Ingresos de todas las fuentes, que enumeren los ingresos brutos del período de los últimos tres meses.
- b. Copias de los recibos de sueldo de los últimos tres (3) meses de los miembros responsables del hogar. Esto incluye comprobantes de cheques por discapacidad.
- c. Extractos de todas las cuentas bancarias (últimos 3), certificados de depósitos, acciones, bonos, propiedades, 401(K), etc.
- d. Copias de declaraciones de impuestos federales y estatales sobre la renta más recientes.
- e. Si no tiene empleo, podemos aceptar una declaración de la oficina de desempleo que indique que no está trabajando y durante cuánto tiempo ha estado sin empleo.
- f. Todos los recursos de terceros y programas de asistencia financiera externa al hospital, incluida la asistencia pública disponible a través de Medicaid deben agotarse antes de que se puedan garantizar los beneficios de asistencia financiera y beneficencia.

Si un Paciente se muestra renuente o incapaz a proporcionar la documentación enumerada anteriormente, el Hospital puede usar otros métodos razonables para determinar la necesidad financiera, que incluyen las entrevistas o los cuestionarios documentados del Paciente.

Tras la revisión de la Solicitud de FAP completada así como la información de ingresos y gastos, el personal encargado de los Servicios financieros del Paciente determinará si este reúne las condiciones para recibir los beneficios de asistencia financiera en base a la Hoja de cálculo de AGB. Si el Paciente reúne las condiciones para recibir asistencia financiera, se le notificará y la cuenta se ajustará de forma correspondiente. La asistencia financiera puede otorgarse a los Pacientes fallecidos cuando no hay herencia.

Facturación y cobranza

Las acciones que el Hospital pueda realizar en caso de falta de pago se describen en una política de facturación y cobranza por separado. Se puede obtener una copia gratuita de la política de facturación y cobranza en el sitio web del Hospital o en el departamento de Registro del paciente.

Si tiene alguna pregunta o dificultad para obtener la información necesaria, llame a nuestro Administrador de beneficencia al (317) 773-4225.