

Es política de Indiana Orthopaedic Hospital, LLC ("OrthoIndy" u "Hospital") garantizar una práctica socialmente justa en la prestación de atención de emergencia o necesaria por motivos médicos en el Hospital. La presente Política tiene por objetivo satisfacer las necesidades de atención médica de la comunidad. El Programa de Asistencia Financiera se creó para ofrecer ayuda financiera a quienes no puedan afrontar sus obligaciones financieras con el Hospital. Esta política se aplica en las siguientes sedes de OrthoIndy:

- **OrthoIndy Hospital Brownsburg:** 9070 East 56th Street, Brownsburg, IN 46112
- **OrthoIndy Center Grove:** 1579 Olive Branch Park Lane, Suite 100, Greenwood, IN 46143
- **OrthoIndy Hospital Greenwood:** 1260 Innovation Parkway, Suites 135 and 150, Greenwood, IN 46143
- **OrthoIndy Hospital Northwest:** 8400 Northwest Boulevard, Indianapolis, IN 46278
- **OrthoIndy Hospital Westfield:** 246 East 175th Street, Westfield, IN 46074
- **OrthoIndy Carmel Physical Therapy:** 805 West Carmel Drive, Carmel, IN 46032
- **OrthoIndy Fishers:** 10995 North Allisonville Road, Suite 101, Fishers, IN 46038
- **OrthoIndy Northwest Physical Therapy:** 6040 West 84th Street, Indianapolis, IN 46278

1. Toda asistencia financiera reflejará nuestro compromiso con la dignidad humana individual y el bien común, y respeto por ellos; nuestra especial preocupación por las personas que viven en situación de pobreza y otras personas vulnerables, y nuestra solidaridad con ellas; así como nuestro compromiso con la justicia distributiva y la buena administración de los recursos.
2. La presente Política se aplica a la atención de emergencia o necesaria por motivos médicos prestada por el Hospital, incluidos los servicios prestados por médicos del Hospital. La presente Política no se aplica a los cobros de atención que no sea de emergencia o necesaria por motivos médicos.
3. En la Lista de proveedores cubiertos por la Política de asistencia financiera, se incluye una lista de los proveedores que brindan atención en los centros del Hospital y se especifica cuáles tienen cobertura de la Política de asistencia financiera y cuáles no.

Definiciones

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

1. **501(r):** la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos (Internal Revenue Code, IRC) y las reglamentaciones promulgadas a partir de ella.
2. **Importe generalmente facturado (AGB):** el importe generalmente facturado (Amount Generally Billed, AGB) por la atención de emergencia o necesaria por motivos médicos a las personas con cobertura de seguro.
3. **Atención de emergencia:** atención para tratar una afección médica que se manifiesta a través de síntomas agudos de suficiente gravedad (incluidos dolores intensos) que la ausencia de una atención médica inmediata podría provocar un deterioro significativo de la función corporal, una disfunción grave de una parte o un órgano del cuerpo o un riesgo serio para la salud del paciente.
4. **Hospital:** Indiana Orthopaedic Hospital, LLC, que incluye sus diez sedes en el centro de Indiana.
5. **Atención necesaria por motivos médicos:** atención que reúne las siguientes características:
 - a. Es apropiada y coherente con la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de la afección del paciente, o esencial para estos.
 - b. Es el suministro o nivel de servicio más apropiado para la afección del paciente que puede brindarse de forma segura.
 - c. No se proporciona principalmente para la conveniencia del paciente, su familia, el médico o el cuidador.
 - d. Probablemente generará un beneficio para el paciente, no un daño.
 - i. Para que la atención futura se designe como "atención necesaria por motivos médicos", el director médico del Hospital (o la persona que él designe) debe aprobar la atención y el momento de su prestación. Un proveedor con licencia que brinde atención médica al paciente y, a discreción del Hospital, el médico que realiza el ingreso, el médico que realiza la derivación, el director médico u otro médico revisor (dependiendo del tipo de atención recomendada) deben determinar la

atención necesaria por motivos médicos. En caso de que un médico revisor determine que la atención solicitada por un paciente cubierto por esta Política no es necesaria por motivos médicos, el médico que realiza el ingreso o la derivación deberá confirmar dicha determinación.

6. **Paciente:** las personas que reciben atención de emergencia y necesaria por motivos médicos en el Hospital y la persona que asume la responsabilidad financiera.

Asistencia financiera brindada

Financial assistance described in this section is available to all Patients of OrthoIndy Hospital.

1. Sujeto a las demás disposiciones de la presente Política de asistencia financiera (Financial Assistance Policy, FAP), un paciente con ingresos inferiores o iguales al 200 % del nivel de pobreza federal (Federal Poverty Level, FPL) podrá recibir una condonación del 100 % de la parte del pago que debe abonar por la atención seguido del pago de la aseguradora, si corresponde, si se determina que el paciente cumple con los requisitos para recibir asistencia financiera de conformidad con una solicitud de asistencia financiera ("Solicitud de FAP") presentada a más tardar el día 240 a partir de la fecha de la primera factura posterior al alta del paciente y aprobada por el Hospital. El paciente cumplirá con los requisitos para recibir asistencia financiera de hasta un 100 % si envía una Solicitud de FAP a más tardar el día 240 a partir de la fecha de la primera factura posterior al alta del paciente. Sin embargo, el importe de dicha asistencia se limitará al saldo pendiente de pago, teniendo en cuenta los pagos ya efectuados en la cuenta del paciente. A un paciente que cumpla con los requisitos para esta categoría de asistencia financiera no se le cobrará más que el cargo del AGB calculado.
2. Sujeto a las demás disposiciones de la presente FAP, los pacientes con ingresos superiores al 200 % del FPL pero que no superen el 300 % del FPL accederán a tarifas con descuento en una escala proporcional a la parte del pago que deben abonar por la atención seguido del pago de la aseguradora, si corresponde, si dicho paciente envía una Solicitud de FAP a más tardar el día 240 a partir de la fecha de la primera factura posterior al alta del paciente y el Hospital la aprueba. El paciente cumplirá con los requisitos para recibir asistencia financiera en una escala proporcional si envía una Solicitud de FAP a más tardar el día 240 a partir de la fecha de la primera factura posterior al alta del paciente. Sin embargo, el importe de dicha asistencia se limitará al saldo pendiente de pago, teniendo en cuenta los pagos ya efectuados en la cuenta del paciente. A un paciente que cumpla con los requisitos para esta categoría de asistencia financiera no se le cobrará más que el cargo del AGB calculado. Escala de descuento proporcional:
 - <200 % del FPL actual
 - 201 %-225 % del FPL actual
 - 226 %-250 % del FPL actual
 - 251 %-275 % del FPL actual
 - 276 %-300 % del FPL actual
 - Condonación del 100 % del saldo de la cuenta
 - Condonación del 80 % del saldo de la cuenta
 - Condonación del 60 % del saldo de la cuenta
 - Condonación del 40 % del saldo de la cuenta
 - Condonación del 20 % del saldo de la cuenta
3. La elegibilidad para recibir asistencia financiera se podrá determinar en cualquier momento del ciclo de ingresos de un paciente con un saldo pendiente suficiente en un plazo de 240 días a partir de la fecha de la primera factura posterior al alta del paciente, con el fin de determinar una condonación del 100 %, incluso si el paciente no completó una Solicitud de FAP.

Limitaciones en los cargos de los pacientes que cumplen con los requisitos para recibir asistencia financiera

A los pacientes que cumplan con los requisitos para recibir asistencia financiera no se les podrá cobrar individualmente por la atención de emergencia o necesaria por motivos médicos un importe superior a los AGB ni un importe superior a los cargos brutos de cualquier otra atención médica. El Hospital usa el método retroactivo para establecer uno o más porcentajes de AGB e incluye tanto a Medicare en su modalidad de pago por servicio como a todas las aseguradoras privadas que abonan reclamaciones al Hospital, de conformidad con la Sección 501(r). Para obtener una copia gratuita de los porcentajes y la descripción del cálculo del AGB, visite el sitio web del Hospital o los departamentos de registro de pacientes. El AGB se calcula todos los años. Dicha actualización entra en vigor el 1 de julio de cada año.

Cómo solicitar asistencia financiera y de otro tipo

Para solicitar asistencia financiera y determinar si cumple con los requisitos, un paciente debe enviar una Solicitud de FAP completada. La Solicitud de FAP está disponible en el sitio web del Hospital o en los departamentos de registro de pacientes. El Hospital requerirá que el paciente sin cobertura consulte a un asesor financiero a fin de solicitar los beneficios de Medicaid u otros programas de asistencia públicos para los cuales el paciente podría cumplir con los requisitos para recibir asistencia financiera. Se le podría denegar la asistencia financiera si el paciente brinda información falsa en una Solicitud de FAP o si no quiere consultar a un asesor financiero a fin de solicitar los beneficios de Medicaid u otros programas de asistencia públicos para los cuales podría cumplir con los requisitos para recibir asistencia financiera. Además de la Solicitud de FAP completada, también se deberán enviar los siguientes documentos en un plazo de quince (15) días calendario tras enviar la Solicitud de FAP completada:

1. Ingresos provenientes de todas las fuentes, con el detalle de los ingresos brutos correspondientes a los últimos tres meses.
2. Copias de los recibos de sueldo más recientes correspondientes a los últimos tres (3) meses de los miembros responsables del hogar. Se incluyen los pagos por discapacidad.
3. Informes (últimos tres) de todas las cuentas bancarias, certificados de depósito, acciones, bonos, bienes inmuebles, planes 401(k), etc.
4. Copias de las declaraciones de impuestos estatales y federales más recientes.
5. Si no tiene empleo, aceptamos una constancia de la Oficina de Desempleo que acredite que no está trabajando y desde qué fecha.
6. Antes de que le otorguemos beneficios o asistencia financiera, primero se deberán agotar todos los recursos de terceros y programas de asistencia financiera ajenos al Hospital, incluida la asistencia pública disponible a través de Medicaid.

Si un paciente no quiere o no puede brindar la documentación mencionada anteriormente, el Hospital podría recurrir a otros métodos razonables para determinar la necesidad financiera, incluidos cuestionarios o entrevistas registradas del paciente.

Tras revisar la Solicitud de FAP completada y la información sobre ingresos y gastos, el personal de Servicios Financieros para Pacientes determinará si el paciente cumple con los requisitos para recibir los beneficios de asistencia financiera en función de la Hoja de cálculo del AGB. Si el paciente cumple con los requisitos para recibir asistencia financiera, se le enviará una notificación y la cuenta se ajustará según corresponda. Se podrá otorgar asistencia financiera a pacientes fallecidos que no dejen herencia.

Cobro y facturación

Las medidas que el Hospital podría tomar en caso de falta de pago se describen por separado en la Política de cobro y facturación. Para obtener una copia gratuita de la Política de cobro y facturación, visite el sitio web del Hospital o los departamentos de registro de pacientes.

Si tiene alguna pregunta o dificultad para obtener la información requerida, llame al administrador de beneficios al **317.773.4225**.