

La presente Política se aplica a todos los pacientes sin seguro que reciben atención de emergencia o necesaria por motivos médicos en un centro de OrthoIndy Hospital (OIH). El término "paciente sin seguro" hace referencia a todas las personas que no tienen seguro ni cumplen con los requisitos para acceder a un programa privado o gubernamental que ofrezca cobertura para cualquiera de los servicios prestados.

### Procedimiento

- A. Todos los pacientes sin cobertura deberán pagar el 25 % de los cargos totales estimados a la hora de recibir el servicio.
- B. A los pacientes sin seguro que reciban servicios en un centro de OIH no se les podrá cobrar un importe superior a los importes generalmente facturados (Amounts Generally Billed, AGB).
- C. El AGB es el importe generalmente facturado por la atención de emergencia o necesaria por motivos médicos a las personas con cobertura de seguro. Con respecto al AGB, OIH deberá hacer lo siguiente:
  - 1. Calcular un AGB individual para servicios ambulatorios y hospitalarios.
  - 2. Informar el porcentaje de AGB como un descuento aplicado al total de los cargos facturados.
  - 3. Volver a calcular el AGB todos los años. Dicha actualización entrará en vigor el 1 de julio de cada año.
- D. El porcentaje de descuento de AGB aplicable a servicios ambulatorios u hospitalarios según corresponda se otorgará de manera automática y no estará sujeto a solicitud del paciente o del garante.
- E. La aplicación del descuento correspondiente al AGB en la cuenta de un paciente sin seguro no limitará el derecho de dicho paciente de solicitar asistencia en virtud de la Política de asistencia financiera de OIH.
- F. La presente Política no cubre los servicios prestados por proveedores individuales durante un servicio ambulatorio u hospitalario.
- G. Los pacientes con saldos pendientes pueden solicitar asistencia financiera a través de nuestro Programa de Asistencia Financiera. El ciclo del estado de cuenta brindará 90 días para que los pacientes paguen el saldo pendiente adeudado a OIH (120 días para pacientes de Medicare). Las prórrogas que superen dichos plazos requieren la formalización de acuerdos de pago.
- H. Los pacientes podrán realizar acuerdos de pago antes o después de recibir servicios en OIH. En caso de no formalizar ningún acuerdo, se prevé que realizarán el pago total.
- I. Todos los pacientes sin cobertura deberán pagar un depósito a la hora de recibir el servicio o antes de recibirlo.
- J. Opciones de pago:
  - 1. Efectivo
  - 2. Giro postal
  - 3. Cheque certificado
  - 4. Principales tarjetas de crédito, excepto American Express
  - 5. Tarjeta de débito
- K. Podrán formalizarse acuerdos de pago para todos los saldos sin cobertura, con un plazo máximo de 24 meses.
  - 1. Todos los saldos menores a \$500 deberán pagarse en un plazo de 12 meses o menos. Las cuentas con saldos superiores a \$500 deberán pagarse en un plazo de 24 meses.
  - 2. Se podrán extender los acuerdos de pago a un plazo mayor a 24 meses con la aprobación del director de Finanzas.
  - 3. El paciente deberá efectuar pagos mensuales de manera regular; en caso contrario, se aplicarán las disposiciones de la Política financiera de OIH.
- L. Los descuentos que superen el AGB requerirán aprobación previa conforme a las siguientes pautas:
  - Hasta \$25,000: director de Reembolsos subcontratado
  - \$25,000 en adelante: director general o director de Finanzas