

Propósito

Columbus Regional Health (CRH) se compromete a proporcionar servicios de atención médica independientemente de la capacidad de pago del paciente. Los pacientes que expresen su incapacidad para pagar y que cumplan con los criterios financieros de la política estarán cubiertos por la Política de Asistencia Financiera. El propósito de esta política es proporcionar información detallada a nuestros pacientes, al personal de Columbus Regional Health y a la comunidad sobre los servicios elegibles para la asistencia financiera, el proceso de solicitud y los criterios de elegibilidad. Esta política está disponible tanto en inglés como en español y ha sido aprobada por la Junta Directiva de Columbus Regional Health.

Definiciones

- A. Cantidades Generalmente Facturadas (CGF):** 26 CFR Parte 1 §1.501(r)-(1)(b)(1) las cantidades generalmente facturadas por emergencias u otros cuidados médicamente necesarios a individuos que tienen cobertura de seguro.
- B. Servicios médicamente necesarios:** servicios prestados a un paciente para diagnosticar, aliviar, corregir, curar o prevenir la aparición o el empeoramiento de afecciones que ponen en peligro la vida, causan sufrimiento o dolor, provocan una deformidad física o un mal funcionamiento, amenazan con causar o agravar una minusvalía o provocan una enfermedad o dolencia general.
- C. Ingresos del hogar:** El total de los ingresos brutos (antes de impuestos) de todos los miembros del hogar de un paciente.
- D. Dependiente:** La persona debe ser declarada en los impuestos como dependiente.
- E. Presunta elegibilidad:** Asistencia concedida en base a circunstancias especiales en el momento de la solicitud que demuestran dificultades financieras fuera de los criterios estándar.
- F. Servicios cosméticos:** Servicios no necesarios desde el punto de vista médico que se prestan para mejorar el bienestar del paciente y que no suelen estar cubiertos por el seguro.
- G. Servicios de pago en efectivo:** Son servicios que no se facturan al seguro y se espera el pago completo antes de la prestación del servicio.
- H. Garante:** La parte responsable de la factura del paciente, normalmente el paciente o uno de sus padres en el caso de un menor.

Procedimiento

A. Comunicación de la política de asistencia financiera

La información relativa a la política de asistencia financiera, la solicitud y el resumen en lenguaje sencillo están disponibles en el sitio web de Columbus Regional Health (www.crh.org), en el reverso de cada estado de cuenta del paciente o llamando al servicio de atención al

cliente de Servicios Financieros para Pacientes al 812-376-5315 o al 1-800-841-4954 (en horario de 8:00 a.m. a 4:30 p.m., de lunes a viernes).

B. Servicios elegibles

1. La política de asistencia financiera se aplica a los servicios médicamente necesarios. La necesidad médica la determina el médico examinador.
2. Los servicios que no son elegibles para la asistencia son:
 - Servicios cosméticos.
 - Cirugía bariátrica.
 - Inyecciones de Botox (a menos que se deba a un diagnóstico de migrañas).
 - Audífonos.
 - Servicios de fertilidad.
 - Exámenes físicos y otros servicios requeridos por el empleo, las escuelas o el deporte.
 - Servicios y pruebas relacionadas con la genética.
 - Servicios negados por el seguro debido a que el beneficiario y/o el paciente no responden a las solicitudes/requisitos del seguro.
 - Servicios reembolsados por otro tercero (por ejemplo, en el marco de una demanda por accidente de tráfico).
 - Servicios reembolsados directamente al paciente/beneficiario por el seguro.
 - Servicios en efectivo.

C. Proveedores elegibles

Los servicios elegibles proporcionados por Columbus Regional Hospital, Columbus Regional Health Physicians y Columbus Diagnostic Imaging están cubiertos por la Política de Asistencia Financiera. Todos los médicos no empleados y otro personal clínico e instalaciones que no son propiedad de CRH no están incluidos en la Política de Asistencia Financiera. Puede encontrar una lista de proveedores excluidos en el sitio web www.crh.org.

D. Criterios de elegibilidad

1. El derecho a la ayuda se basa en los ingresos brutos de la unidad familiar y en el número de personas dependientes declaradas en la declaración de renta de esa unidad familiar, ya sea de forma conjunta o individual. (1.501(r)(b)(1)(iii)(A)).
2. Los ingresos se comparan con las directrices de Columbus Regional Health, que se derivan de las Directrices Federales de Pobreza. Los ingresos pueden estar hasta el 350% por encima de las Directrices Federales de Pobreza y calificar para la asistencia. La política de asistencia financiera de Columbus Regional Health cumple con el Reglamento Federal 1.501(r).

Los pacientes cuyo ingreso familiar bruto no excede el 350% de las Directrices Federales de Pobreza son elegibles para ciertos niveles de asistencia financiera.

Las Directrices Federales de Pobreza actuales se pueden encontrar en www.crh.org.

% del Nivel federal de pobreza	Umbral de aprobación
0-200%	100%
201-300%	80%
301-350%	61%

3. Columbus Regional Health se reserva el derecho de utilizar criterios adicionales para determinar la elegibilidad según se considere necesario, tales como:
 - Fuentes de datos disponibles públicamente que proporcionan información sobre la capacidad de pago del garante, como la puntuación de crédito.
 - Gastos como la hipoteca/alquiler, los servicios públicos, la manutención de los hijos, la alimentación y otros gastos básicos de la vida.
 - Activos como cuentas corrientes, cuentas de ahorro y otros certificados de depósito.
 - Las cuentas de pensiones, 401k, 403B, IRA y otras cuentas de jubilación sólo se tendrán en cuenta si el paciente las recibe como parte de sus ingresos.
 - Puntuación de pago de Columbus Regional Health basada en patrones de pago históricos.
4. El paciente debe agotar el seguro y la cobertura de responsabilidad civil de terceros antes de que el paciente reciba asistencia financiera a través de la Política de Asistencia Financiera. El paciente debe cooperar con la búsqueda de la inscripción en todos los programas de cobertura de salud asequibles u otros programas estatales o federales que sean accesibles para ellos antes de considerar la aprobación de la asistencia financiera. La asistencia con la evaluación y la inscripción es proporcionada por los Navegadores de Indiana certificados y los Consejeros de Solicitud Certificados sin costo alguno para el paciente.

E. Presunta elegibilidad

En ciertas situaciones, puede ser apropiado conceder asistencia financiera aunque la solicitud financiera del paciente no satisfaga los requisitos establecidos en esta política. En estas situaciones, la solicitud de asistencia financiera, así como otros factores que contribuyen, pueden ser utilizados para determinar la calificación de un paciente para la asistencia. Un evento catastrófico también puede ser considerado como una forma de presunta elegibilidad cuando el monto de bolsillo del paciente excede el 20% de su ingreso anual y los servicios fueron de naturaleza inesperada y emergente, como una estadía de emergencia o costos de tratamiento oncológico. Las aprobaciones de presunta elegibilidad se harán a discreción de los empleados de Columbus Regional Health y, como tales, pueden ser para períodos de tiempo únicos o para saldos específicos.

Otros escenarios que pueden calificar para la presunta elegibilidad incluyen pero no se limitan a:

- Pacientes de Medicaid y Healthy Indiana Plan con caducidades de cobertura o copagos.
- Saldos restantes antes de la fecha efectiva de la aprobación de Medicaid o HIP si están dentro de los 240 días de la aprobación y no se colocan en una agencia de cobros.
- Pacientes que están encarcelados.
- Pacientes sin hogar.
- Pacientes que se declaran en bancarrota una vez que se ha recibido la notificación de presentación del tribunal de bancarrota/abogado.
- Pacientes fallecidos. Si se abre un patrimonio posteriormente, CRH presentará una demanda contra el patrimonio y recuperará los fondos si es posible. Además, se puede considerar que el cónyuge superviviente puede pagar los saldos en función de los ingresos del hogar.
- Los pacientes que no pueden proporcionar un número de seguridad social válido de los Estados Unidos pueden ser considerados para la aprobación.

F. Proceso de solicitud

1. Los pacientes pueden solicitar la asistencia en un plazo de 240 días a partir de la fecha del servicio relacionado con su(s) saldo(s) pendiente(s).
2. Una vez que la solicitud es proporcionada al paciente, Columbus Regional Health permite hasta 30 días para la devolución de toda la información requerida.
3. Los pacientes reciben instrucciones completas sobre cómo completar la solicitud y qué información se requiere para ser devuelta con la solicitud.
4. La solicitud financiera debe ser completada, firmada y devuelta para su revisión junto con copias de todos los documentos de apoyo antes de que se pueda hacer la aprobación. La dirección puede encontrarse en la solicitud o también aparece en la parte inferior de la póliza.
5. Los pacientes reciben el nombre y el número de teléfono directo de su asesor financiero para cualquier pregunta o duda que puedan tener durante el proceso de solicitud.
6. Documentación necesaria para la solicitud:
 - La propia solicitud, completada y firmada.
 - Copia de la declaración de renta del año anterior (formulario 1040).
 - Hasta los tres últimos recibos de nómina.
 - Si el paciente no declaró impuestos debido a su nivel de ingresos y recibe una prestación mensual (seguridad social, incapacidad o desempleo), se debe proporcionar una copia de la cantidad concedida. Una prueba aceptable de la prestación es una carta que muestre la cantidad concedida o un extracto bancario que muestre la cantidad depositada mensualmente.
 - Si el paciente no ha declarado impuestos por cualquier otro motivo, deberá documentarse en el expediente del paciente el motivo por el que no se puede obtener esta información.
 - Dado que la determinación se basa en todos los ingresos del hogar, el cónyuge/pareja, así como cualquier otro solicitante adulto incluido en la solicitud, también debe firmar la solicitud.

G. Proceso de aprobación

1. Los pacientes recibirán una carta para notificarles la aprobación o la negación de la ayuda financiera. El proceso de aprobación suele durar menos de 30 días, siempre que se presente toda la información requerida.
2. Si un solicitante no ha cooperado en ningún momento durante el proceso de facturación del seguro o de la solicitud financiera, o proporciona a sabiendas información incorrecta/falsa, la asistencia puede ser limitada o negada.
3. Las aprobaciones de ayuda financiera son válidas durante 12 meses naturales a partir de la fecha de solicitud, a menos que se indique lo contrario en la carta de aprobación.
4. La aprobación de la ayuda financiera seguirá al garante, no al dependiente. Esto significa que el garante aprobado en la solicitud financiera recibirá los ajustes de la ayuda financiera para un dependiente sólo si aparece como la parte responsable de ese dependiente. Si un dependiente tiene un garante diferente en la cuenta que no figuraba en la solicitud financiera, el saldo de esa cuenta no se tendrá en cuenta para el ajuste de la ayuda financiera.
5. Si se niega la ayuda financiera, el paciente puede volver a solicitarla en cualquier momento si cambian sus circunstancias o si cambia la política.
6. Cualquier paciente que reciba una decisión de asistencia financiera tendrá derecho a apelar la decisión si no está de acuerdo con la determinación, presentando una carta escrita explicando su razón para la reconsideración a la dirección indicada a continuación.

Columbus Regional Hospital
Attn: Patient Financial Services
2400 E 17th Street
Columbus, IN 47201

7. Los saldos que ya han sido remitidos a una agencia de cobros externa o a un plan de pagos establecido que se encuentren dentro de los 240 días de la fecha de solicitud se considerarán para el ajuste del saldo actual solamente. El ajuste será del mismo porcentaje que la aprobación de la solicitud financiera y se tomará contra el saldo actual del encuentro de deudas incobrables o el importe restante del plan de pago. No se efectuarán reembolsos en las cuentas ya depositadas en una agencia de cobros o que tengan un plan de pagos establecido.
8. El porcentaje aprobado se aplicará a la parte de responsabilidad total del paciente de su(s) factura(s) pendiente(s).
9. Los encuentros que tienen un saldo activo actual con Columbus Regional Health serán revisados para un posible reembolso del pago del paciente si se considera que la asistencia aprobada es mayor que lo que el paciente ya pagó. Se excluyen de la consideración de la devolución los pagos de los saldos ya ajustados a la categoría de Deuda Incobrable.

H. Acciones en caso de incumplimiento de pago

En caso de no pagar los saldos restantes después de la asistencia financiera y cualquier otro descuento, los pacientes procederán al proceso de cobro como con cualquier saldo pendiente.

I. Cantidades generalmente facturadas

Según el artículo 1.501(r)-5(a)(1) del Reglamento del Ministerio de Hacienda, un hospital debe limitar la cantidad cobrada por la atención prestada a cualquier persona que reúna los requisitos para recibir asistencia en virtud de su política de asistencia financiera a una cantidad no superior a las cantidades generalmente facturadas (CGF) en el caso de la atención de urgencia y otros cuidados médicamente necesarios. El Columbus Regional Hospital calcula un porcentaje de CGF basado en el método de revisión y se basa en las reclamaciones reales pagadas. De acuerdo con el artículo 1.501(r)-5(b)(3)(i), el porcentaje de CGF se basa en el pago por servicio de Medicare y de todas las aseguradoras médicas privadas que pagan reclamaciones al centro hospitalario.

Las CGF se calculan anualmente dividiendo la suma de las cantidades de todas sus reclamaciones por urgencias y otros cuidados médicamente necesarios que han sido permitidos por Medicare y las aseguradoras comerciales durante un periodo anterior de 12 meses entre la suma de los cargos brutos asociados a dichas reclamaciones. La información sobre las cantidades generalmente facturadas específica del período actual puede encontrarse en el sitio web www.crh.org.

J. Información de contacto de Columbus Regional Health

Para obtener más información o hacer preguntas sobre esta política, póngase en contacto con nosotros:

1. **Por teléfono:** Llame a Servicios Financieros para Pacientes al 812-376-5315 o al número gratuito 1-800-841-4954
2. **Por correo:**
Columbus Regional Hospital
Attn: Patient Financial Services
2400 E 17th Street
Columbus, IN 47201
3. **En MyChart:** O enviando un mensaje seguro a través de MyChart en mychart.crh.org bajo “ask a question” (hacer una pregunta) relacionado con la factura o el estado de cuenta.