PARKVIEW HEALTH

Política de Asistencia Financiera

Financial Assistance Policy

Declaración de la política

Parkview Health se compromete a brindar atención de emergencia y cualquier tipo de atención médica necesaria accesible a los pacientes sin importar su capacidad de pago. Parkview Health proporcionará, en sus instalaciones y sus departamentos de emergencia, sin discriminación alguna, atención a pacientes en condición de emergencia médica, sin importar si la persona tiene o no la capacidad de pagar dicha atención, y sin importar si la persona califica según la Política Financiera de Atención de Parkview Health. En las instalaciones y departamentos de emergencia de Parkview Health se prohíbe realizar acciones para disuadir a los pacientes a que reciban atención de emergencia, tales como exigirles el pago antes de recibir el tratamiento para su condición médica considerada de emergencia o autorizar acciones de endeudamiento que interfieran con la provisión de atención médica sin ninguna discriminación. En las instalaciones y departamentos de emergencia de Parkview Health se debe proporcionar atención a las condiciones médicas consideradas de emergencia según lo establecido por la EMTALA (Ley de Normas Razonables de Trabajo y Tratamientos de Emergencias Médicas) y las normativas vigentes, otorgando los exámenes exploratorios y tratamientos de estabilización, además de referir o transferir al paciente a otra instalación cuando sea apropiado. Con esa finalidad, en las instalaciones y departamentos de emergencia de Parkview Health se debe proporcionar atención a las condiciones consideradas de emergencia descritas en el sub capítulo G del Capítulo IV del Título 42 del Código de las Normas Federales o de cualquier norma posterior (Centros de cuidados médicos y servicios de atención médica, Departamentos de Servicios Humanos, Estándares y Certificaciones). El propósito de esta política es entregar información detallada a nuestros pacientes, personal, médicos y a la comunidad involucrada en los servicios de atención financiera, proceso de postulación y criterios de selección. Esta política ha sido aprobada por el Comité Financiero de Parkview Health, conforme a lo dispuesto por la autoridad delegada por la Junta Directiva de Parkview Health.

Glosario de términos

A. La atención de emergencia se define como aquella necesaria por motivo de afecciones médicas, incluidas las psiquiátricas, que se manifiestan como síntomas agudos de gravedad suficiente, como los dolores intensos. Estas afecciones originan una posibilidad razonable de creer que la ausencia de la atención médica podría resultar en un riesgo para la salud de la persona, impedimentos graves a las funciones corporales o disfunciones graves de cualquier órgano o parte del cuerpo.

B. La atención médica necesaria se define como los servicios prestados a un paciente, con el fin de diagnosticar, aliviar, corregir, curar o prevenir la aparición o agravamiento de afecciones que pongan en peligro la vida, que causen sufrimiento o dolor, deformidad física o disfunción, que puedan provocar o empeorar una discapacidad o que tengan como resultado una enfermedad o dolencia general.

C. Período de solicitud se define como el período que comienza en la fecha en que se presta la atención a una persona y termina en la fecha que sea posterior entre el día 240 después de que la persona reciba el primer estado de cuenta por la atención, o al menos 30 días después de que Parkview Health le proporcione a la persona un aviso por escrito que establezca un plazo después del cual se pueden iniciar acciones de cobro extraordinarias.

D. La Cantidad Generalmente Facturada (AGB) se define como la cantidad que permite Medicare con tarifa por servicio y todas las aseguradoras médicas privadas por reclamaciones para atención de emergencia o médicamente necesaria. Parkview Health usa el Método Retroactivo para calcular la Cantidad Generalmente Facturada.

E. El Método Retroactivo se define como el cálculo que considera los pagos de Medicare y de la aseguradora médica privada del año anterior para calcular y determinar la Cantidad Generalmente Facturada del año actual.

F. Los ingresos familiares brutos se definen como los de las personas incluidas en el formulario federal de impuestos sobre la renta 1040, el cual se obtiene anualizando los ingresos brutos actuales provenientes del empleo y otras fuentes de ingreso de estos familiares, conforme con lo descrito en la sección D.

G. El área de servicio de Parkview Health se define por lo general como los siguientes condados del noreste de Indiana y el noroeste de Ohio. En Indiana: Condados de Adams, Allen, Blackford, Carroll, Cass, DeKalb, Elkhart, Fulton, Grant, Hamilton, Howard, Huntington, Kosciusko, LaGrange, Marshall, Miami, Noble, Pulaski, Steuben, Tipton, Wabash, Wells, White y Whitley; en Ohio: Condados de Defiance, Fulton, Henry, Paulding, Van Wert y Williams.

Procedimiento

A. Comunicado sobre la Política de Asistencia Financiera - Medidas para ser ampliamente difundidas

1. Puede obtener una copia de la Política de Asistencia Financiera de Parkview, la solicitud y el resumen en lenguaje sencillo en Parkview.com, en las oficinas de pago del hospital o al llamar al Centro de llamadas de contabilidad de pacientes, al 260-266-6700 o al número gratuito 855-814-0012.
2. También puede obtener folletos en los que se explica la Política de Asistencia Financiera de Parkview en cualquier punto de registro del hospital.
3. Se ubicarán letreros en el Departamento de Emergencias y en todas las áreas de registro del hospital que contengan información sobre la asistencia financiera, así como sobre los lugares en los que puede obtener más asesoría relacionada con la Política de Asistencia Financiera.
4. Se ofrece a los pacientes un resumen en lenguaje sencillo de la Política de Asistencia Financiera, al momento de registrarse en el hospital.
5. Todos los estados de cuenta notifican e informan a los pacientes sobre la disponibilidad de la asistencia financiera, e incluyen información de contacto para aquellos que deseen recibir mayor asesoría relacionada con este beneficio.
6. Se incluirá un resumen en lenguaje sencillo de esta política en todos los estados de cuenta enviados a los pacientes, junto con instrucciones sobre cómo obtener una solicitud.
7. De acuerdo con las pautas de Parkview, también se ofrece información relacionada con la asistencia financiera a los pacientes que manifiesten no ser capaces de asumir los pagos. Se incluyen los lineamientos de pago en la política de cobro. Puede consultar la política de cobro en Parkview.com, en todas las oficinas de pago del hospital o al llamar al Centro de llamadas de contabilidad de pacientes, al 260-266-6700 o al número gratuito 855-814-0012.

B. Servicios elegibles

1. De acuerdo con la Política de Asistencia Financiera, la atención médica necesaria y de emergencia es elegible para ser sometida a consideración.
   a. Es posible que los servicios "no cubiertos" por la póliza de un paciente no signifiquen que los servicios no eran médicamente necesarios.
2. Los servicios elegibles incluyen, pero no se limitan a, Pruebas de acceso directo, tomografía computarizada Heart Smart, prueba de detección vascular, asesoría genética oncológica, asesoría genética cardiológica, programa de manejo de reducción de peso, copagos de consultorios médicos, servicios dentales, y los servicios cosméticos no son elegibles bajo la Política de Asistencia Financiera. Los servicios para el hogar de Park Center Group se cotizan por separado y por lo general no son elegibles bajo esta póliza.

C. Proveedores elegibles

1. Las facturas médicas emitidas por Parkview Physicians Group, Parkview Home Health, Parkview Hospice, Parkview Home Infusion y cualquiera de los hospitales afiliados de Parkview están cubiertas por la Política de Asistencia Financiera. Los hospitales afiliados de Parkview son: arkview Archbold, Parkview Behavioral Health, Parkview Bryan Hospital, Parkview DeKalb Hospital, Parkview Huntington Hospital, Parkview Kosciusko Hospital, Parkview LaGrange Hospital, Parkview Logansport Hospital, Parkview Montpelier Hospital, Parkview Noble Hospital, Parkview Orthopedic Hospital, Parkview Hospital Randallia, Parkview Regional Medical Center, Parkview Wabash Hospital, y Parkview Whitley Hospital. De acuerdo con la Política de Asistencia Financiera de Parkview, no son elegibles otros servicios prestados por proveedores no asociados a Parkview. Una lista de proveedores cuyos cargos son (y no son) elegibles para ser considerados en virtud de esta política está disponible en Parkview.com/Patient & Visitors/Financial Assistance/"Qué cargos médicos del personal de Parkview son elegibles". Consulte "este documento" para obtener información sobre los proveedores. La lista de proveedores se actualiza según sea necesario.

D. Criterios de elegibilidad

1. Los pacientes cuyos ingresos familiares brutos no excedan el 275% de las Guías federales de pobreza (consulte la sección "Referencias") son elegibles para atención gratuita (100%) con condonación de los saldos de las cuentas que sean elegibles y que lo hayan solicitado dentro del período de solicitud.
2. Presunta caridad: Parkview Health puede aprobar asistencia financiera y proporcionar atención gratuita (100%) aunque la Solicitud de asistencia financiera no esté completada en su totalidad si:
   a. El ingreso familiar bruto del paciente no excede el 165% de las Guías federales de pobreza.
   b. El paciente está inscrito actualmente en Medicaid.
   c. El paciente falleció sin patrimonio conocido.
   d. El paciente no tiene hogar.
3. El tamaño de la familia se determina en función del número de dependientes declarados por el paciente o garante en la declaración de impuestos del año anterior y debe incluirse en la solicitud de asistencia financiera. En los casos de custodia en los que el garante declara a un niño cada dos años en su declaración de impuestos, se exigirá una copia de esta que tenga uno o dos años de antigüedad, así como una copia del acuerdo de custodia para demostrar que el niño está declarado como dependiente.
4. El término ingresos familiares brutos incluye, entre otros, los ingresos brutos provenientes del empleo del garante o del cónyuge, los beneficios por discapacidad a corto y largo plazo, los beneficios por desempleo, los beneficios del seguro social, las pensiones del Departamento de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA), las asignaciones militares, pensiones e ingreso accesible proveniente de cuentas fiduciarias. Los ingresos producidos por trabajos autónomos, los provenientes de sociedades, corporaciones S o LLC, y los ingresos por alquiler de propiedad e ingresos agrícolas se determinarán tomando en cuenta las ganancias brutas posteriores a la deducción de los costos de los bienes vendidos, así como al deducir elementos como el combustible, los servicios públicos, alquiler/hipoteca comercial y el seguro comercial. Los elementos que incluyen, entre otros, las comidas deducibles, los cargos de telefonía celular y la depreciación, no se consideran deducibles al momento de determinar la aprobación de la asistencia financiera.
5. El paciente (o garante, si se trata de un menor) debe cooperar al presentar una solicitud para programas federales o estatales para los que califique.
6. Si el paciente cuenta con cobertura para terceros o es elegible para la cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA), solo será elegible para consideración la porción del paciente, de acuerdo con la Política de Asistencia Financiera y conforme con lo estipulado en la explicación de beneficios del seguro. De acuerdo con la Política de Asistencia Financiera, los pagos insuficientes por parte de las compañías aseguradoras no son elegibles para ser sometidos a consideración. De acuerdo con la Política de Asistencia Financiera, las negaciones de seguro como consecuencia del incumplimiento del paciente con las solicitudes de la compañía o de no usar servicios dentro de la red, no son elegibles para ser sometidas a consideración.
7. Por lo general, el paciente debe tener una residencia establecida en el Área de Servicio de Parkview Health con el fin de que se le considere para la asistencia financiera. Los visitantes de otro estado o país fuera del Área de Servicio de Parkview Health, ya sean de corto plazo o de largo plazo, no son elegibles para asistencia financiera.
8. Se someterán a consideración las cuentas de los pacientes para la asistencia financiera, si el servicio y solicitud tienen lugar dentro del período correspondiente. Consulte el glosario de términos. De conformidad con la política de cobro de Parkview, se reembolsará al garante cualquier pago personal realizado en las cuentas consideradas elegibles para la asistencia financiera.
9. Las cuentas de retiro conforme lo define el IRS, incluidas, pero sin limitarse a, pensiones, 401K, 403B e IRA no se considerarán al determinar la elegibilidad para asistencia financiera, a menos que el paciente reciba una distribución como parte de su ingreso de retiro.
10. Parkview Health puede aprobar la Asistencia de Caridad Presunta y proporcionar una deducción caritativa del 100% sin una solicitud de asistencia financiera completa cuando se cumplan todos los siguientes criterios.
    a. El saldo admisible de la cuenta del paciente es de 100.000 dólares o superior.
    b. Los ingresos brutos familiares del paciente superan el 165% pero no el 275% del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés).
    c. La elegibilidad se determina antes de que la cuenta sea remitida o clasificada como deuda incobrable.

Los pacientes que cumplan con estos criterios podrán optar a la atención gratuita (100%) y a la condonación de los saldos de las cuentas que cumplan los requisitos.

11. Los pacientes cuyos ingresos excedan el 275 % del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL) y cuyo saldo adeudado exceda el 25 % de sus ingresos familiares anuales cumplen con los requisitos para recibir asistencia financiera debido a un evento médico catastrófico y serán elegibles para recibir una deducción de caridad del 100 %.
12. Se aplica un descuento para pacientes sin seguro médico (MUD) del 50% de los cargos a todos los servicios elegibles para pacientes sin seguro (pago del paciente). Con el fin de procesar las transacciones de MUD, consulte el procedimiento de descuentos para pacientes sin seguro médico de caridad.

E. Proceso de solicitud

1. Se puede obtener una Solicitud de asistencia financiera en cualquier área de cobros del hospital, llamando al Centro de llamadas de contabilidad de pacientes al 260-266-6700 o al número gratuito 855-814-0012, en Parkview.com, o al solicitarlo a través de MyChart.
2. El paciente y/o su cónyuge o garante deben presentar un formulario lleno, firmada y fechada, incluidos todos los respaldos correspondientes, para ser tomado en cuenta para recibir el beneficio. En la solicitud de asistencia financiera se incluye una lista de los respaldos necesarios. La solicitud de asistencia financiera y sus respaldos deben completarse y enviarse a la dirección indicada, en un plazo no mayor a los 30 días posteriores a la fecha indicada en la solicitud.

F. Proceso de aprobación

1. La solicitud de asistencia financiera será aprobada por el Director Financiero (Chief Financial Officer, CFO) de Parkview Health o por sus designados.
2. Las solicitudes de asistencia financiera aprobadas para atención médica necesaria o de emergencias son válidas durante seis meses, a partir de la fecha indicada en la solicitud de asistencia financiera, a menos que se produzca un cambio en las circunstancias del garante o del paciente; es decir, un cambio en su situación laboral. Los pacientes deben volver a presentar una solicitud para ser considerados para recibir asistencia financiera por servicios incurridos después del período de aprobación de 12 meses o si sus circunstancias han cambiado dentro del período de 12 meses.
3. Se notificará al paciente/garante por escrito (a través del correo de los EE.UU. o una notificación electrónica) sobre su aprobación o denegación de asistencia financiera.
4. Parkview recurrirá a los procesos de solicitud de caridad de Alliance FQHC para otorgar caridad a los pacientes de Alliance que se presenten ante Parkview y sean elegibles para caridad con base en su solicitud de Alliance.

G. Medidas tomadas en caso de impago

1. Para los pacientes que no son elegibles para recibir asistencia financiera conforme con la Política de Asistencia Financiera, las cuentas se cobraran al paciente y se gestionarán de acuerdo con la política de cobro. En esta política se abordan las opciones de pago y las medidas tomadas en caso de impago. La política de cobro está disponible sin costo alguno al llamar al Centro de llamadas de contabilidad de pacientes, al 260-266-6700 o al número gratuito 855-814-0012 o al ingresar en Parkview.com.

H. Bases para el cálculo de los montos imputados a los pacientes

1. Tras determinarse la elegibilidad según esta Política, a un paciente que reúna los requisitos para recibir asistencia financiera no se le cobrará más por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que la cantidad que generalmente se factura a los pacientes asegurados por dicha atención (AGB). La sección D determina el tipo y la cantidad de asistencia financiera para la que un paciente califica; AGB es la cantidad máxima que se le puede cobrar a un paciente por esta atención.
2. Parkview Health calcula AGB al menos una vez al año utilizando el método de revisión retrospectiva de acuerdo con la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas y § 1.501(r)-5 del Reglamento del Tesoro. Según este método, el AGB se calcula para cada centro hospitalario de Parkview Health dividiendo la suma de los importes autorizados por Medicare (pago por servicio) y las aseguradoras privadas en todas las reclamaciones por atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria durante un período anterior de 12 meses entre la suma de los cargos brutos asociados a dichas reclamaciones. Parkview Health comenzará a aplicar el porcentaje de AGB a partir del día 120 posterior al final del período de 12 meses utilizado en el cálculo.
3. Parkview Health aplica el porcentaje de AGB calculado más bajo entre todos sus centros hospitalarios. Este es el porcentaje más favorable para los pacientes; no es un promedio de los porcentajes de cada centro hospitalario.
4. El público en general puede obtener el porcentaje actual de AGB para cada centro hospitalario de Parkview Health y una descripción escrita de la metodología de cálculo de AGB de forma gratuita a través de la página web de Asistencia Financiera de Parkview en https://www.parkview.com/patients-and-visitors/billing-and-insurance/financial-assistance o comunicándose con el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes.
5. Parkview Health no factura ni espera el pago de los cargos brutos por ningún servicio médico cubierto por esta Política a las personas que califican para recibir asistencia financiera bajo esta Política.

I. Residentes de Ohio: Programa de garantía de atención en hospital (HCAP)

1. **Descripción del programa HCAP**: Los hospitales de Parkview en Ohio participan en el programa HCAP de Ohio. A través del programa HCAP, los pacientes elegibles tienen el derecho de recibir servicios hospitalarios básicos y médicamente necesarios gratis.
2. **Elegibilidad**: Un paciente es elegible para recibir asistencia financiera bajo el programa HCAP si (i) es residente de Ohio; (ii) sus ingresos individuales o familiares son iguales o inferiores a las Guías federales de pobreza vigentes en la fecha de admisión como paciente hospitalizado o de los servicios ambulatorios; y (iii) no es beneficiario de Medicaid y no recibe asistencia pública en otro estado. La residencia la establece una persona que vive en Ohio voluntariamente y que no recibe asistencia pública en otro estado.
3. **Servicios cubiertos**: Para los efectos del programa HCAP, los servicios cubiertos son los servicios de hospitalización y los ambulatorios cubiertos bajo el programa Medicaid de Ohio, excepto los servicios de trasplante y los servicios asociados al trasplante.
4. **Proceso de solicitud**: Con el fin de solicitar asistencia financiera bajo el programa HCAP, un paciente o representante legal debe llenar una Solicitud de asistencia financiera de HCAP para determinar su elegibilidad y proporcionar la documentación requerida.

a. Puede obtener una solicitud de asistencia financiera de HCAP en cualquier caja de un hospital de Ohio Parkview, llamando al Centro de Atención Telefónica de Servicios Financieros para Pacientes al 260-266-6700 o al número gratuito 855-814-0012, en Parkview.com o solicitándola a través de MyChart. La solicitud debe estar firmada por el paciente o por un representante legal.

1. **Solicitud de Medicaid:** Es posible que los pacientes deban solicitar Medicaid de Ohio antes de que procesemos su solicitud del programa HCAP.
2. **Período de solicitud:** El período de solicitud para recibir asistencia financiera bajo el programa HCAP es de tres (3) años a partir de la fecha del primer aviso de seguimiento a un paciente. No se aceptarán solicitudes después del período de tres (3) años.
3. **Documentación de ingresos requerida:** La Solicitud de asistencia financiera de HCAP establece la información requerida para documentar los ingresos. Dicha documentación incluye comprobantes de ingresos, como talones de pago, formularios W-2 u otros documentos que contengan información sobre los ingresos durante el período de tiempo apropiado (3 o 12 meses antes del servicio del hospital).
   A. Es posible que se requiera una explicación de supervivencia por separado si se recibe una "Declaración de ingresos cero".
4. **Servicios de hospitalización:** En el caso de los servicios de hospitalización, la elegibilidad se determina por separado para cada admisión, a menos que el paciente sea readmitido dentro de los 45 días posteriores al alta por la misma condición subyacente.
5. **Servicios ambulatorios:** En el caso de los servicios ambulatorios, las determinaciones de elegibilidad son efectivas durante 90 días a partir de la fecha inicial del servicio.

b. Relación con otras opciones de asistencia financiera. Las solicitudes de asistencia financiera para residentes de Ohio se procesan primero según la elegibilidad para el programa HCAP y luego están sujetas a las disposiciones de la Política de asistencia financiera de Parkview.

c. Para procesar las transacciones de HCAP, consulte el procedimiento interno de HCAP de Ohio.

J. Información de contacto de los hospitales

Para obtener información adicional o si tiene alguna pregunta relacionada con esta política, comuníquese con:

1. Centro de llamadas de contabilidad de pacientes (Patient Accounting Call Center) al 260-266-6700 o sin cargo 855-814-0012 o
   Equipo ARS - Servicios financieros al paciente
   Parkview Health
   PO Box 5600
   Fort Wayne, IN 46895

2. La oficina de pagos, en el horario comprendido entre las 9:00 a.m. y las 4:00 p.m., en cualquiera de los siguientes centros:

Parkview Regional Medical Center
Entrance 3
11141 Parkview Plaza Drive, Suite 100
Fort Wayne, IN 46845

Parkview Hospital Randallia
2200 Randallia Drive
Fort Wayne, IN 46805

Parkview Archbold
121 Westfield Drive
Archbold, OH 43502

Parkview Bryan Hospital
433 W. High Street
Bryan, OH 43506

Parkview DeKalb Hospital
1316 E. 7th Street
Auburn, IN 46706

Parkview Huntington Hospital
2001 Stults Road
Huntington, IN 46750

Parkview Kosciusko Hospital
1355 Mariners Drive
Warsaw, IN 46582

Parkview LaGrange Hospital
207 North Townline Road
LaGrange, IN 46761

Parkview Logansport Hospital
1101 Michigan Avenue
Logansport, IN 46947

Parkview Montpelier Hospital
909 E. Snyder Avenue
Montpelier, OH 43543

Parkview Noble Hospital
401 Sawyer Road
Kendallville, IN 46755

Parkview Ortho Hospital
Entrance 7
11130 Parkview Circle
Fort Wayne, IN 46845

Parkview Park Center
909 E. State Blvd.
Fort Wayne, IN 46805

Parkview Southwest
8202 Glencarin Blvd.
Fort Wayne, IN 46804

Parkview Wabash Hospital
10 John Kissinger Drive
Wabash, IN 46992

Parkview Whitley Hospital
1260 E. State Road 205
Columbia City, IN 46725

K. Otra información

1. Los centros y/o proveedores de Parkview Health pueden optar por prestar servicios selectos referidos por organizaciones comunitarias sin costo alguno para los pacientes, como un beneficio comunitario. Estas organizaciones comunitarias pueden incluir pero no se limitan a: Matthew 25 Health and Care & Neighborhood Health Clinic.

Referencias

Se utilizará un monto equivalente al 275% del Índice de Pobreza Federal para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera, el cual será comparado con los ingresos familiares brutos anualizados para el año en curso. Las Pautas de Pobreza Federal se publican en el primer trimestre de cada año, en el registro federal. Las Pautas de Pobreza Federal vigentes están disponibles en Parkview.com