

Política de Asistencia Financiera

DECLARACIÓN DE PROPÓSITO:

Como parte de nuestra misión, que sirven a las necesidades de salud mental y de comportamiento de aquellos que requieren intervención a corto plazo y la mejora de la salud mental, independientemente de la capacidad de pagar por los servicios prestados. Esta política establece las directrices para un procedimiento estructurado a fin de no excluir a nadie de la búsqueda de servicios médicos dependían de los recursos de una persona a pagar por los servicios prestados en el Hospital. Se pretende hacer frente a aquellos que no tienen la capacidad de pago y de ofrecer un descuento de los cargos facturados para los que están en condiciones de pagar una parte de los costos de su cuidado. Esta política proporciona los procedimientos de asistencia de aplicación del programa, la metodología para la solicitud de asistencia financiera, la política para calcular la elegibilidad para la atención gratuita o con descuento, y las acciones que el hospital puede tomar en caso de impago. Tras su aprobación por el Consejo de Administración, esta política representa la política de asistencia financiera oficial, llamada en adelante la FAP, y sigue las directrices establecidas en el Código de Impuestos Internos Sección 501 (r). El Hospital también se reserva el derecho a intentar recuperar el pago de los servicios médicos prestados.

DEFINICIONES FAP:

Las cantidades generalmente se facturan (AGB) significa el uso de la facturación y la codificación de proceso del hospital utilizaría si el individuo FAP-elegibles fuera un paciente de Pago-por-servicio. El AGB se fija en la cantidad total de Medicare permitiría el cuidado incluyendo responsabilidades personales del paciente.

Bienes Los activos líquidos que pueden ser convertidos en efectivo para cumplir con las obligaciones financieras.

Facturación y cobro Política significa la política del hospital titulada: "Política de tráfico" es la misma y podrá ser modificado de vez en cuando.

Servicios de emergencia significa una condición médica de un paciente que ha resultado de la aparición repentina de una condición de salud con síntomas agudos, que, en ausencia de atención médica inmediata, tienen una probabilidad razonable de colocar la salud del paciente en grave peligro, dan como resultado el deterioro grave de las funciones corporales del paciente o el resultado en la disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Extraordinarias acciones de cobro (CEPA) Las acciones tomadas por el hospital en contra de un individuo en relación con la obtención de pago de una factura por la atención que requiere un proceso legal, la venta de la deuda de una persona a otra parte, o difusión de información adversa a las agencias de informes de crédito de consumo.

FAP-elegible significa un individuo elegible para recibir asistencia financiera bajo esta política.

Normas Federales de Pobreza medidas de los niveles de ingreso emitidas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. los niveles federales de pobreza se utilizan para determinar la elegibilidad para este programa de asistencia financiera.

Centro hospitalario se requiere para cumplir con los requisitos 501 (r) con respecto a la atención recibida en caso de emergencia y servicios médicos necesarios.

paciente asegurado se define como aquel que tiene cobertura de terceros según lo determinado y documentado por el hospital.

Limitación de Cargos se refiere a la limitación de las cantidades cobradas en caso de emergencia y otra atención médica necesaria proporcionada a las personas elegibles para la ayuda financiera a no más de las cantidades generalmente cobran a las personas que tienen un seguro que cubre el mismo cuidado. Además, el hospital no puede participar en las ECAs antes se han hecho esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para recibir asistencia financiera.

Servicios médicos necesarios se refiere a aquellos servicios necesarios para identificar y tratar una enfermedad o lesión.

Defensor del paciente es un empleado del hospital o empleado contratado designado para ayudar a los pacientes con la detección, la solicitud de inscripción y en los programas de cobertura de salud.

Esta revisión debería citarse es una declaración escrita que notifica a un individuo que el Hospital ofrece asistencia financiera bajo FAP y proporciona la información en una descripción clara, concisa y fácil de entender.

Pago por cuenta propia o sin seguro El paciente es uno que no tiene cobertura de terceros de un plan de seguro médico, Medicare o Medicaid financiado por el estado se considera Auto-Pago o sin seguro.

POLÍTICA FAP:

Esta política se refiere a los servicios médicos prestados a los pacientes que afirman que no son capaces de pagar la totalidad o cualquiera de los costos cuando los servicios de salud son prestados. Aunque designada como la caridad, cuando el hospital cree que un paciente que reclama la caridad tiene activos que pueden utilizarse para el pago de los servicios prestados, la política del hospital es hacer todos los esfuerzos razonables para cobrar el pago por los servicios médicos prestados.

Es la política del hospital que no hay pacientes que buscan servicios médicos que pueden ser proporcionados por el Hospital se les niega el acceso a dichos servicios únicamente a causa de la incapacidad de pagar por esos servicios. El Hospital proporcionará sin discriminación, la atención a los servicios de emergencia y servicios médicos necesarios a las personas, independientemente de si son

elegibles basado en la Política de Asistencia Financiera del hospital (FAP). Se prohíben las actividades de cobro de deudas en las instalaciones del hospital donde tales actividades podrían interferir con las disposiciones de la atención médica necesaria.

El hospital puede hacer que los servicios disponibles sin costo o a un costo reducido, basado en la capacidad de pago según lo determinado por el Hospital. Las cantidades cobradas por servicios médicos necesarios proporcionados a las personas elegibles para la ayuda financiera no serán más que las cantidades facturadas general (AGB) a las personas que tienen un seguro que cubra el mismo cuidado.

El Hospital se reserva el derecho de investigar y preguntar a los activos disponibles, ingresos y otros factores que puedan contribuir al hospital para tomar la determinación de la capacidad de pago.

Todos los pacientes pueden solicitar ayuda financiera antes del Hospital de realizar cualquier actividad extraordinaria colección (ECA). El Hospital no participará en las ACE contra un individuo para obtener el pago para el cuidado antes de hacer esfuerzos razonables para determinar si el individuo es FAP-elegibles para el cuidado.

En el caso de que el paciente muere, el Hospital se reserva el derecho de perseguir a todas las posibles reclamaciones contra los bienes del difunto o en contra de cualquier otra persona o entidad que tenga la obligación legal de pagar por los servicios médicos del fallecido a recuperar la totalidad o la mayor cantidad posible de cantidades debidas a el hospital por el difunto de los servicios hospitalarios prestados que estaban sin pagar en el momento de la muerte del difunto.

Esta política está publicada en la página web del Hospital y está disponible en varios lugares en el Hospital. Además, estado de cuenta de cada hospital incluye un aviso con respecto a la disponibilidad de asistencia financiera. Los pacientes y la comunidad del hospital también son notificados a través de la señalización ubicado dentro del hospital.

Un resumen en lenguaje sencillo de la FAP está disponible bajo petición y se ofrece como parte del proceso de admisión.

INSTRUCCIONES DE POLÍTICA FAP:

Los siguientes son declaraciones de instrucciones con respecto a cómo se ejecuta la política.

Las fuentes alternativas de pago

Todas las fuentes comerciales, federales y del estado de salud y gastos médicos disponibles para el paciente serán facturados antes de recibir ayuda financiera bajo FAP del Hospital.

Criterios de elegibilidad y Determinación

En la determinación de la suficiencia o insuficiencia de ingresos, el 250% de las directrices más actuales federal de pobreza será la base para la elegibilidad. El ingreso bruto de la paciente y la familia del paciente, tamaño del hogar del paciente, y otras obligaciones médicos / financieros será comparada con las pautas de ingresos de pobreza del 250% para la determinación final.

Posible Elegibilidad

Los pacientes que se consideran presuntamente elegible para la ayuda financiera recibirán un ajuste financiero a su saldo de la cuenta final en base a criterios de puntuación de cada paciente.

Limitación de Cargas / cantidades generalmente Anunciado

El Hospital limita las cantidades cobradas por los servicios médicos necesarios proporcionados a las personas elegibles para asistencia bajo esta Política de no más de las cantidades generalmente cobran a las personas que tienen cobertura de seguro para dicha atención. El AGB se deriva usando un método prospectivo de cálculo de la AGB mediante el uso de la facturación y la codificación de proceso del hospital utilizaría si el individuo FAP-elegibles fuera un paciente de Pago-por-servicio. El AGB se fija en la cantidad total de Medicare permitiría el cuidado incluyendo responsabilidades personales del paciente.

Los métodos para la Solicitud de Asistencia Financiera

Los pacientes pueden solicitar ayuda financiera llenando la solicitud antes de la FAP, en el momento de, o después de los servicios son prestados. Las solicitudes se pueden consultar en el Hospital, desde el sitio web del Hospital, o pidiendo una solicitud por teléfono al 765-464-0400. Las solicitudes también se pueden enviar por correo al hospital en:

Hospital de la curva del río
2900 N. River Rd
West Lafayette, IN 47906

Requisitos de notificación

La disponibilidad de la FAP será ampliamente difundido en las comunidades atendidas por el Hospital. La zona de admisión tendrá carteles bien visibles que aconsejan a los pacientes de la existencia de la FAP hospital y hará un esfuerzo razonable para distribuir un resumen en términos sencillos (PLS) de la FAP y ofrecen un formulario de solicitud FAP a las personas antes de ser dado de alta del hospital; o mediante la inclusión de un PLS de la FAP con todos los estados de cuenta durante el período de notificación de 120 días. No hay acceso directo a dicha PLS; y el Hospital proporcionará al menos una notificación escrita informar al paciente de cualquier ECAs del Hospital puede tomar si la aplicación FAP no se recibe el pago o no se ha recibido.

Cancelaciones y ajustes

Servicios médicos necesarios, serán dados de baja, en su totalidad o en parte, si la solicitud de asistencia financiera del paciente es aprobada. Cualquier paciente cuyo ingreso está por debajo del 138% de la glucosa plasmática en ayunas debe aplicar para Indiana HIP y ser negado antes de recibir asistencia financiera.

Todas las determinaciones pertinentes a este FAP deben ser hechas por el director financiero.

Autoridad de la firma

FAP amortizaciones serán otorgados por el Director Financiero.

PROCEDIMIENTOS FAP:

Las siguientes directrices de política han de aplicarse a todos los pacientes:

Criterios de Selección de seguro: Es el procedimiento del Hospital de agotar todos los recursos de terceros y seguros. Si a continuación, el paciente no tiene otros medios para cumplir con su / su obligación financiera, una solicitud de asistencia financiera será ofrecida al paciente.

La iniciación de la aplicación: La aplicación requiere el paciente para proporcionar su nombre, dirección actual, y la información de contacto válida, así como los nombres y las edades de las personas en su hogar. La aplicación requiere que el paciente una lista de todas las cantidades de ingresos y sus fuentes. Se requiere documentación de toda la información proporcionada en la solicitud para completar la solicitud de asistencia. Los defensores del paciente están disponibles para ayudar a cualquiera que desee solicitar asistencia durante su estadía en el hospital. Las solicitudes de ayuda financiera serán considerados sobre una base caso por caso. Se requiere una firma en la solicitud y es la responsabilidad del paciente para completar la solicitud.

Determinación de Asistencia Financiera:El proceso de revisión se tendrá en cuenta el ingreso familiar, tamaño de la familia y de los activos del garante. El Hospital verificar los ingresos utilizando cualquier método razonable para establecer la elegibilidad incluyendo los W-2, talones de pago, declaraciones de impuestos, u otra verificación oral o escrita de los empleadores o las agencias de servicios públicos. Si el ingreso bruto anual de un garante cumple con las directrices de asistencia financiera, y no hay activos sustanciales, la cuenta se califica para la ayuda financiera. Si el paciente no cumple con las directrices o se niega a completar una solicitud, la cuenta se considera una cuenta de auto-pago con el paciente responsable del pago. El paciente se le proporcionará una copia escrita de la determinación final.

FACTURACIÓN hospital y política de colecciones:

Cuentas por servicios hospitalarios para pacientes que son capaces, pero sin querer, para pagar las deudas se consideran malos incobrables. Los saldos pendientes de pago con descuento de pacientes

que califican para el FAP se consideran malas deudas incobrables. La facturación y Política Colecciones serán publicados en la página web del hospital. Además, una copia gratuita de la facturación y la política de colecciones se puede obtener mediante solicitud al hospital.

El hospital tiene la responsabilidad de controlar y asegurar que un esfuerzo razonable para determinar si un individuo es FAP-elegible y para determinar si y cuando las acciones de cobro extraordinarias pueden ser tomadas de acuerdo con esta política y la política de Billings y Colecciones.

El Hospital implementará la acción de cobro después de que haya hecho esfuerzos razonables para determinar si la cuenta del paciente es elegible para recibir asistencia financiera bajo la Política de Asistencia Financiera:

Al principio de cada mes se le enviará un comunicado a la paciente que solicita el pago. Se le pide al paciente a ponerse en contacto con la oficina de facturación para discutir las opciones de pago. Si se hacen arreglos de pago, a continuación, un estado de cuenta mensual será enviado por correo con el pago acordado por un plazo de 30 días.

Después de la tercera declaración se envió por correo y no hay pago efectuado dentro de los próximos 30 días, la cuenta se recomienda para el mal de escritura deuda fuera.

Cualquier declaración devueltos con dirección desconocida o ninguna dirección de reenvío serán recomendados para la mala deuda amortizar.

Revisado y aprobado por la Junta Corporativa de North Central Health Services el 15 de mayo de 2025.

Apéndice

Proveedor listado cubierto por el Hospital de la FAP

- Assad Mukhtar, M.D.
- Ayodeji Ogunleye, M.D. – El presidente del personal médico
- Joyatee Sarker, M.D.
- Pu Cheng, M.D.
- Raid Daas, M.D.
- Sydney Waller, M.D.
- Benjamin J. Sanders, D.O.
- Russell Joseph Ledet, M.D.
- Lori J. Rogers, M.D.

Updated June 2026