

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. El período de solicitud** se define como aquel que comienza en la fecha en la que se brinda la atención a una persona, y termina en el día número 240 después de que la persona ha recibido su primer estado de cuenta por la atención, o al menos 30 días después de que Parkview Health le envía una notificación por escrito en la que establece una fecha límite después de la cual podría iniciarse una acción de cobro extraordinaria.
- D. El monto generalmente facturado (Amount Generally Billed, AGB)** se define como el monto autorizado por Medicare para la atención de emergencia o la atención médica necesaria. Parkview Health utiliza el método retroactivo para calcular el monto generalmente facturado.
- E. El método retroactivo** se define como el cálculo que toma en cuenta los pagos a Medicare del año anterior para calcular y determinar el monto generalmente facturado para el año en curso.
- 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** incluye los siguientes condados del noreste de Indiana y el noroeste de Ohio. En Indiana: los condados Adams, Allen, DeKalb, Huntington, Kosciusko, LaGrange, Noble, Steuben, Wabash, Wells y Whitley. En Ohio: los condados Defiance, 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 Departamento de Servicios Financieros al Paciente, 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 Departamento de Servicios Financieros al Paciente, 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.
2. De acuerdo con la Política de Asistencia Financiera, no son elegibles los servicios electivos, incluidos, entre otros, las tomografías computarizadas (computed tomography, CT) Heart Smart, los exámenes vasculares, la asesoría genética en oncología y cardiología, el programa de control de pérdida de peso, los copagos en los consultorios médicos y los servicios cosméticos.

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: Parkview Hospital Randallia, Parkview Behavioral Health, Parkview Regional Medical Center, Parkview Orthopedic Hospital, Parkview Whitley Hospital, Parkview Huntington Hospital, Parkview Noble Hospital, Parkview LaGrange Hospital, Parkview DeKalb Hospital, Parkview Wabash Hospital y Parkview Warsaw. De acuerdo con la Política de Asistencia Financiera de Parkview, no son elegibles otros servicios prestados por proveedores no asociados a Parkview. Puede consultar una lista de médicos cuyos cargos son (y no son) elegibles para que sea sometida a consideración, conforme con esta política, en Parkview.com, o ingresar al siguiente enlace: www.parkview.com/financialassistancecharges

D. Criterios de elegibilidad

1. Los pacientes cuyos ingresos familiares brutos no excedan el 200% de lo estipulado en las Pautas de Pobreza Federal (consulte la sección "Referencias") son elegibles para la amortización de saldos de cuentas que sean elegibles y que se soliciten dentro del período de aplicación.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Si el paciente tiene participación de capital en una residencia, edificio o tierra que no es su lugar de residencia principal, no califica para recibir asistencia financiera.
7. El paciente debe contar con una residencia establecida en el área de servicio de Parkview Health para ser tomado en cuenta para recibir asistencia financiera. Los visitantes de otro estado o condado fuera del área de servicio de Parkview Health no son elegibles para recibir asistencia financiera, independientemente de si se trata de una visita a corto o largo plazo.
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 ahorro y los certificados de depósito con saldos cuantiosos podrían ser tomados en cuenta al momento de determinar la elegibilidad para la asistencia financiera. Según lo definido por el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS), las cuentas de jubilación, incluidas, entre otras, las pensiones, 401K, 403B y las cuentas individuales de retiro (Individual Retirement Account, IRA), no se tomarán en cuenta al momento de determinar la elegibilidad para la asistencia financiera, a menos que el paciente reciba una cuota de distribución como parte de su ingreso de jubilación.
10. Cualquier paciente cuyo ingreso exceda el umbral de ingresos para la asistencia financiera (200% más de lo estipulado en el Nivel de Pobreza Federal [Federal Poverty Level, FPL]) y que experimente un evento médico catastrófico, podría obtener la asistencia financiera si así lo decide Parkview. A los pacientes que reciban asistencia por motivo de un evento médico catastrófico no se les cobrará un monto mayor al monto generalmente facturado. En Parkview.com puede consultar el monto generalmente facturado para el año en curso para cada centro hospitalario de Parkview Health.

E. Elegibilidad supuesta

1. La gerencia podría aprobar la asistencia financiera con una solicitud incompleta, si se presenta información adicional que respalde la elegibilidad del paciente para recibir este beneficio, como una admisión para un programa estatal o federal en la que se compruebe que los ingresos familiares brutos son inferiores o iguales al doscientos por ciento de las FPL. Los pacientes fallecidos y sin patrimonio o cuentas que hayan sido evaluadas y calificadas por un tercero, como una agencia de cobro u otro proveedor, pueden recibir una consideración adicional.

F. Proceso de solicitud

1. Puede obtener una solicitud de asistencia financiera en cualquier área de pagos de cualquier hospital, al llamar al centro de atención telefónica de Servicios Financieros al Paciente, al 260-266-6700 o al número gratuito 855-814-0012 o al ingresar en Parkview.com
2. El paciente y el cónyuge del paciente o su garante deben presentar una solicitud de asistencia financiera completa, 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.

G. 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 presentar una nueva solicitud para que se pueda considerar la asistencia financiera para servicios incurridos después de que hayan transcurrido los seis meses a partir del período de aprobación o si sus circunstancias han cambiado en el plazo de los seis meses.
3. Se le notificará por escrito al paciente/garante de su aprobación o denegación de asistencia financiera.

H. 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 cobrarán 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 Departamento de Servicios Financieros al Paciente, al 260-266-6700 o al número gratuito 855-814-0012 o al ingresar en Parkview.com.

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

1. Después de una resolución de elegibilidad conforme con esta política, a un paciente elegible para recibir asistencia financiera no se le cobrará un monto superior al AGB por concepto de atención de emergencia o necesaria por razones médicas.
2. Parkview Health utiliza el método retroactivo para determinar el AGB. De acuerdo con este método, el AGB se calcula para cada centro hospitalario de Parkview Health al dividir la suma de todos sus reclamos de atención médica necesaria y de emergencia que hayan sido autorizadas por los honorarios por servicios de Medicare durante un período de 12 meses previos, por la suma de los cargos brutos asociados a estos reclamos. Parkview Health aplicará el porcentaje del AGB en el día número 120 después de finalizado el período de 12 meses utilizado en el cálculo.
3. El público general puede obtener el porcentaje actual del AGB, sin cargo alguno, para cada centro hospitalario de Parkview Health, por medio de la información de contacto indicada en la siguiente sección.
4. De acuerdo con esta política, Parkview Health no cobra ni espera recibir pagos de cargos brutos por concepto de atención médica, por parte de personas que califiquen para recibir asistencia financiera.

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 llamado de servicios financieros al paciente 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 and
Parkview Ortho Hospital**
11109 Parkview Plaza Drive (entrada 1)
Fort Wayne, IN 46845

Parkview Hospital Randallia
2200 Randallia Drive
Fort Wayne, IN 46805

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

Parkview Huntington Hospital
2001 Stults Road
Huntington, IN 46750

Parkview LaGrange Hospital
207 North Townline Road
LaGrange, IN 46761

Parkview Noble Hospital
401 Sawyer Road
Kendallville, IN 46755

Parkview Wabash Hospital
10 John Kissinger Drive
Wabash, IN 46992

Parkview Warsaw
1355 Mariners Drive
Warsaw, IN 46582

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

Referencias

Se utilizará un monto equivalente al 200% 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