



Política del Programa de Asistencia Financiera

PROPÓSITO

Como parte de nuestra misión de mejorar la integridad de todos aquellos a quienes servimos en cuerpo, mente y espíritu a través de nuestra convicción y compromiso con la compasión, el servicio, la excelencia y el valor; Reid Health brinda asistencia financiera a pacientes que no tienen la capacidad de pagar los servicios hospitalarios o médicos. Existe un proceso formal con el propósito específico de proporcionar información sobre programas de asistencia financiera y apoyo para calificar para esos programas, incluyendo aquellos administrados o subsidiados por entidades gubernamentales.

La política del Programa de Asistencia Financiera (FA) deberá ser aprobada por la Junta Directiva de Reid Health y es consistente con la misión de la organización y refleja la capacidad de proveer respuestas a las necesidades de salud de la comunidad.

El propósito de esta política y procedimiento es:

- Asegurar la transparencia, la consistencia y la equidad hacia todos los pacientes y establecer pautas para proporcionar un ajuste financiero a cualquier paciente sin seguro o con seguro insuficiente que obtenga servicios médicamente necesarios o de emergencia por parte de Reid Health. Esta política garantiza que Reid Health cumpla con la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud Asequible, promulgada el 23 de marzo de 2010, Código de Rentas Internas, sección 501 (r). Esta requiere que los hospitales exentos de impuestos limiten los montos cobrados a los pacientes no asegurados por emergencias y otros cuidados médicamente necesarios a no más de los montos generalmente cobrados a los pacientes asegurados.
- Examinar los pacientes en busca de: su capacidad de pago, posible elegibilidad para programas de cobertura de salud o cobertura de terceros, y todos los recursos disponibles para identificar casos de caridad de manera oportuna. Los programas de cobertura de salud podrían incluir, entre otros, Medicaid, Programas de Ahorro de Medicare, planes de seguro subsidiados comprados a través del "Mercado" o el Intercambio de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA), u otros programas estatales, federales y locales. Para calificar para la asistencia financiera, el individuo debe solicitar y cumplir con la solicitud de cualquier otra fuente de pago posible.
- Proporcionar procedimientos de asistencia para la solicitud del programa, el método para solicitar asistencia financiera de Reid Health, la política para calcular la elegibilidad para recibir atención gratuita o con descuento y las acciones que el hospital puede tomar en caso de falta de pago.

POLÍTICA

Independientemente de la capacidad de un individuo para pagar o calificar bajo esta Política de Asistencia Financiera, el Departamento de Emergencia de Salud de Reid y las clínicas

calificadas del NHSC (National Health Service Corps) proporcionarán, sin discriminación, atención para cualquier emergencia o condición (es) médicamente necesaria (s) según designado bajo la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de los gobiernos federales de los Estados Unidos (EMTALA) del 1986.

No se desanimará a ninguna persona de buscar atención de emergencia. Ninguna persona deberá ser excluida de la consideración de asistencia financiera basada en edad, color, credo, origen étnico, género, orientación sexual, origen nacional, discapacidad física, raza o religión.

Los pacientes que no tienen seguro (pago propio) recibirán un descuento en sus cargos brutos. Este descuento se aplica tanto a los servicios hospitalarios como a los servicios médicos del hospital, y es a parte de cualquier otro descuento o aceptación de la Política de FA.

Para administrar sus recursos de manera responsable y permitir que Reid Health brinde el nivel adecuado de asistencia al mayor número de personas que lo necesitan, se han establecido las siguientes pautas para la prestación de asistencia financiera.

Definiciones:

Monto generalmente facturado (AGB): Reid Health aplicará el "método retrospectivo" para determinar el AGB. En particular, Reid Health determinará el AGB para atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria al multiplicar los Cargos Brutos por dicha atención por el Porcentaje de AGB.

Porcentaje de AGB: Reid Health calculará el Porcentaje de AGB al menos anualmente dividiendo la suma de todos los reclamos que se hayan pagado en su totalidad por emergencias y otros cuidados médicamente necesarios por la tarifa por servicio de Medicare y todas las aseguradoras de salud privadas juntas como el principal Pagador (es) de estos reclamos durante un período anterior de doce (12) meses por la suma de los Cargos brutos asociados para esos reclamos. Para estos fines, Reid Health incluirá en "todos los reclamos que se hayan pagado en su totalidad" tanto las partes de los reclamos pagados por Medicare o la aseguradora privada como las partes asociadas de los reclamos pagados por los beneficiarios de Medicare o las personas aseguradas en el forma de co-seguro, copagos o deducibles.

Consejero de Solicitud Certificado: Esta es una persona que ha logrado con éxito la capacitación requerida del Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) como miembro de una Organización de Solicitud Certificada (CAO) designada. La capacitación cubre los conceptos básicos de los mercados de seguros de salud, cómo ayudar a los consumidores y los estándares de privacidad y seguridad. El consejero está capacitado para ayudar a los no asegurados a entender sus nuevas opciones de cobertura de salud, solicitar ayuda financiera con cobertura e inscribirse en planes de salud privados a través de los nuevos mercados de seguros de salud. (www.healthcare.gov)

Servicios cosméticos: Estos son servicios y procedimientos que mejoran el bienestar del paciente y generalmente no están cubiertos por ningún seguro y están categóricamente excluidos de cualquier asistencia financiera o económica.

Servicios de emergencia: Los servicios de emergencia son un accidente de emergencia, lo que significa un evento externo repentino que resulta en lesiones corporales o una enfermedad de emergencia, lo que significa la aparición repentina de síntomas agudos de tal gravedad que

la ausencia de atención inmediata puede tener graves consecuencias médicas; o como se define en la Sección 1867 de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C.1395dd)

Servicios electivos: Son servicios y procedimientos de atención médica que se necesitan para apoyar la salud y el bienestar del paciente, ya sea que se consideren médicamente necesarios o no. Dichos servicios son elegibles para su consideración bajo esta política. Es posible que se requiera una orden médica que contenga el motivo de la prueba o el procedimiento.

Política de FA: Programa de asistencia financiera según se define en esta política.

Cargo bruto: Un cargo bruto es un precio establecido, que figura en la lista maestra de cargos del hospital, por un servicio o artículo que se cobra de manera consistente y uniforme a todos los pacientes antes de aplicar cualquier descuento, descuento o deducción contractual.

Unidad de hogar: Una unidad de hogar se define como una o más personas que residen juntas y están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción (es decir, padres e hijos que se presentan como dependientes en su declaración de impuestos); o residen juntos y comparte bienes conjuntos, como tarjetas de crédito, cuentas bancarias o bienes inmuebles. Los pacientes mayores de 18 años, como los hijos adultos que viven con sus padres, hermanos o amigos, no se consideran parte de la unidad familiar a menos que dichas personas estén legalmente obligadas por las deudas del paciente.

Ingresos: Los ingresos incluyen sueldos y salarios, ingresos por intereses, ingresos por dividendos, Seguridad Social, compensación laboral, pagos por discapacidad, ingresos por compensación por desempleo, ingresos comerciales (IRS Schedule C), pensiones y anualidades, ingresos agrícolas (IRS Schedule F), alquileres y regalías, herencia, beneficios de huelga e ingresos de pensión alimenticia. Los ingresos también se definen como pagos recibidos por parte del estado por tutela legal o custodia.

Navegador Certificado de Indiana: Personas que están registradas en el Departamento de Seguros de Indiana y cumplen con los requisitos de IC 27-19 para ayudar a los residentes de Indiana a completar las solicitudes de cobertura de salud en el mercado federal y/o las aplicaciones del programa de asequibilidad de seguros (como Medicaid, el Programa de seguro médico para niños ("CHIP"), o el Plan Healthy Indiana ("HIP") - dfrbenefits.in.gov).

Paciente Asegurado: Un paciente asegurado se define como aquel que tiene cobertura de terceros o cuya lesión es una lesión compensada para fines de compensación de trabajadores, seguro de automóvil u otro seguro según lo determine y documente el hospital.

Médicamente Necesario: Para los efectos de esta política, se define como un servicio que es necesario para tratar una condición que, en ausencia de atención médica, podría razonablemente poner en peligro la salud o condición de la persona.

Especialista en Beneficios para Pacientes: Un especialista en beneficios para pacientes es un empleado del hospital, un contratista o un voluntario designado para ayudar a los pacientes con la detección, la solicitud y la inscripción en programas de cobertura de salud.

Resumen en Lenguaje Sencillo: Una declaración escrita en un lenguaje claro, conciso y fácil de entender que notifica a las personas que Reid Health ofrece asistencia financiera bajo la Política de FA.

Autopago o Sin Seguro: Un paciente que no tiene cobertura de terceros de un plan de seguro de salud, Medicare o Medicaid financiado por el estado, o cuya lesión no es una lesión compensada para fines de compensación de trabajadores, seguro de automóvil u otro seguro como determinado y documentado por el hospital se considera de pago propio o sin seguro.

Paciente con Seguro Insuficiente: Un paciente y/o persona responsable con cobertura de terceros para los servicios de atención médica que pueden tener un monto extraordinario que no pueden pagar debido a los ingresos de la unidad familiar se considera un paciente con seguro insuficiente.

Disponibilidad del programa de asistencia financiera

Reid Health publicitará ampliamente la disponibilidad de asistencia utilizando los siguientes métodos:

- En los principales puntos de acceso y registro de pacientes al hospital, Reid Health publicará y/o pondrá a disposición un resumen en lenguaje sencillo de la Política de FA. Los materiales publicados incluirán instrucciones sobre cómo obtener una versión impresa del resumen en lenguaje sencillo y la aplicación de la Política FA de forma gratuita.
- Los anuncios también se publican en todas las clínicas de NHSC.
- El resumen y la solicitud de la Política FA estarán disponibles en línea en www.ReidHealth.org/FinancialAssistance
- La información sobre cómo solicitar FA se incluirá en las declaraciones de servicios del paciente.
- Periódicamente, Reid Health también puede proporcionar información sobre su asistencia para inscripción y la Política de FA a través de anuncios en los periódicos locales, medios de radio o televisión.

También se pueden obtener copias impresas de la Política y la Solicitud de Asistencia Financiera:

- Llamando a Servicio al Cliente al (765) 983-3184

Presentandose a la Oficina de Servicios Financieros para Pacientes ubicada en el 600 East Main Street, Richmond, IN 473

- Solicitud por correo por escrito a:
Reid Health
1100 Reid Parkway, Richmond, IN 47374

Los pacientes con saldos después del seguro ser aplicado (por ejemplo, deducibles, copagos y montos de coseguro) pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera si cumplen los requisitos de elegibilidad.

Los pacientes que han agotado los límites de la póliza son elegibles para recibir asistencia financiera si cumplen los requisitos de elegibilidad. (Los saldos de cuenta restantes después de que se agoten los límites de la póliza se consideran no asegurados y son elegibles para Asistencia Financiera)

Los pacientes de Medicare son elegibles para recibir asistencia financiera si se cumplen los requisitos de elegibilidad.

El paciente cooperará en el suministro de toda la información del seguro de terceros y la información de responsabilidad de terceros.

El paciente debe agotar el seguro/cobertura de responsabilidad civil antes de recibir asistencia financiera a través de la Política de FA.

El paciente debe cooperar con la búsqueda de la inscripción en todos los programas de cobertura de salud asequibles a los que pueda acceder antes de considerar la aprobación de asistencia financiera. La asistencia con la evaluación y la inscripción se proporciona como un servicio gratuito del hospital para el paciente por parte de Navegadores Certificados de Indiana y Consejeros Certificados de Solicitudes.

Si la cuenta está en una agencia de cobranza, el paciente aún puede solicitar Asistencia Financiera.

Servicios Elegibles para Asistencia Financiera

- Cualquier servicio hospitalario que sea una emergencia o un servicio que sea médicamente necesario para tratar una condición que, en ausencia de atención médica, podría suponer un riesgo para la salud o condición de la persona.
- Cualquier servicio de Reid Health Physician Associates (RHPA) proporcionado en relación con los servicios hospitalarios aprobados y los servicios RHPA que se consideren médicamente necesarios.

Solicitud de asistencia

La elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera se determinará mediante un proceso de solicitud. El formulario de solicitud de asistencia financiera de Reid Health es el formulario de solicitud válido para el proceso de solicitud. La Política de Asistencia Financiera y la solicitud de Reid Health estarán disponibles para todos los pacientes.

Se requiere una firma en la solicitud (paciente, fiador o representante legal). Es responsabilidad del paciente/fiador completar una solicitud de asistencia.

La aplicación requiere que el paciente provea su nombre, dirección actual e información de contacto válida y los nombres y edades de las personas en su hogar.

La aplicación requiere que el paciente enumere todas las cantidades de ingresos y sus fuentes.

Se requiere documentación de toda la información provista en la solicitud para completar la solicitud de asistencia. Reid Health, o su designado, puede usar otras fuentes para verificar o validar la información que se proporciona. También se puede solicitar una declaración escrita de la (s) persona (s) que respaldan al solicitante si los ingresos actuales o la falta de los mismos no son suficientes para cubrir sus gastos de vida diaria.

Los Especialistas de Beneficios para Pacientes están disponibles para ayudar a cualquier persona que desee solicitar asistencia y están disponibles durante el horario de operaciones en el hospital y en la oficina de servicios financieros para pacientes. Se puede requerir la verificación de los ingresos solicitados y una lista completa de todos los miembros del hogar.

Se puede utilizar una solicitud de Política FA para los servicios cubiertos que se brindan hasta 1 año después de la fecha en que se recibió la solicitud de Política FA.

Todas las solicitudes de la Política FA se retendrán por un mínimo de 7 años.

Cualquier excepción a esta política en la concesión de asistencia financiera debe ser aprobada por el Comité Ejecutivo de Políticas de FA.

El paciente puede apelar la decisión de asistencia financiera negada escribiendo:

Director del Ciclo de Ingresos, 1100 Reid Parkway, Richmond, IN 47374.

Solicitud y Período de Notificación

Una indicación de incapacidad para pagar los servicios se tratará como una solicitud de asistencia. Esta solicitud puede ser realizada por o en nombre del individuo quien esta buscando los servicios. Se puede hacer una solicitud de asistencia en cualquier momento, pero debe hacerse a más tardar 30 días después del servicio/alta o la factura final.

No se requiere que las solicitudes de asistencia sean por escrito. Sin embargo, una vez que se ha realizado una solicitud, la persona que realiza la solicitud o su fiador o tutor debe completar y firmar una solicitud de asistencia, y se puede completar con la ayuda de un Especialista en Beneficios para Pacientes.

Cargos

Reid Health no cobrará a los pacientes aprobados para recibir asistencia financiera bajo esta Política de FA por emergencias u otra atención médicamente necesaria por mas que los montos generalmente facturados a las personas que tienen seguro (es decir, Reid Health no cobrará a los pacientes aprobados para Asistencia Financiera bajo esta Política para emergencias u otra atención médicamente necesaria más que los Cargos brutos por dicha atención multiplicada por el Porcentaje de AGB.) Los pacientes pueden solicitar el Porcentaje de AGB vigente en cualquier momento en particular comunicándose con el Departamento de Asesoramiento Financiero de Reid Health o la Oficina de Facturación en las direcciones y números de teléfono provistos anteriormente.

Acciones que Reid Health puede tomar en caso de falta de pago

Las acciones que Reid Health puede tomar en caso de falta de pago se describen en la Política de Facturación y Cobro disponible en línea en www.ReidHealth.org/FinancialAssistance.

Criterios de Asistencia Financiera

La política establecida permite que los pacientes cualifiquen para recibir asistencia por dos medios: financieros o catastróficos. El Programa de Asistencia Financiera también permite asistencia parcial o total según los criterios de elegibilidad establecidos en esta política.

Asistencia financiera

Un paciente que cualifica para recibir asistencia financiera es una persona sin seguro o con seguro insuficiente que recibe atención y no puede pagar su factura.

Para ser elegible para recibir asistencia bajo las pautas de asistencia *financiera*, los ingresos de una persona deberán ser iguales o inferiores a un porcentaje del Nivel Federal de Pobreza (FPL) según lo determinado por las Pautas Federales de Pobreza. El tamaño del hogar y los ingresos determinan el % de FPL.

Reid Health utilizará las pautas de ingresos por pobreza más actuales emitidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. para determinar la elegibilidad de un individuo para recibir asistencia financiera. Las pautas de ingresos de pobreza se publican anualmente en el *Registro Federal* y para los fines de esta política entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente al mes de publicación.

Para cualificar bajo la porción de Asistencia Financiera de esta política, se debe presentar una solicitud de Asistencia Financiera completa y un comprobante de ingresos, y un comprobante de no ingresos debe acompañar la solicitud.

Criterios catastróficos o de asistencia económica

Un paciente que cualifica para asistencia catastrófica es una persona cuyas facturas del hospital exceden un porcentaje específico de los ingresos brutos anuales de la persona según lo establecido en esta política y que no puede pagar la factura restante.

Para ser elegible para asistencia catastrófica, el monto adeudado por el paciente debe exceder el cincuenta (50) por ciento del ingreso bruto anual del paciente y el paciente no debe poder pagar la factura restante. Reid Health puede considerar otros activos y pasivos financieros de la persona al determinar la capacidad de pago.

Si se determina que un paciente tiene la capacidad de pagar el resto de la factura, dicha determinación no impide una re-evaluación de la capacidad de pago del paciente en una fecha posterior si sus circunstancias financieras cambian.

Una vez que se determine la elegibilidad bajo esta disposición, se proporcionará asistencia para descontar la factura al cincuenta (50) por ciento del ingreso bruto anual del paciente.

Factores a Considerar Para la Asistencia Financiera

Tamaño del hogar e ingresos

Los siguientes factores pueden considerarse para determinar la elegibilidad del paciente para recibir asistencia y deben ser provistos por todos los residentes que generan ingresos en la unidad familiar a menos que no sean dependientes según las pautas del IRS para determinar si un miembro del hogar puede considerarse un dependiente.

- Ingreso bruto ajustado si trabaja por cuenta propia (incluya el anexo C de la declaración de impuestos; línea 37 de 1040) o si los impuestos no se presentan, presente un informe completo de ingresos y gastos.
- Informe de salarios de la fuerza laboral de Indiana de los últimos 2 trimestres (ingresos por desempleo)
- Al menos dos recibos de sueldo o una carta o impresión del empleador (s) que proporcione la verificación de los ingresos brutos si actualmente está empleado. Esta documentación no debe tener más de 30 días a partir de la fecha de emisión e incluir información actualizada.
- Carta de adjudicación o derecho a la Seguridad Social u otra prueba de adjudicación mensual bruta.
- Ingresos de jubilación.
- Ingreso de inversión.
- Declaración de las personas que le brindan apoyo directo
- Número de dependientes.
- Otras obligaciones financieras.
- El monto y la frecuencia de las facturas hospitalarias / médicas se consideran para Asistencia Catastrófica pero no para Asistencia Financiera
- Ingresos que producen recursos financieros.

Capacidad financiera

Las personas con capacidad financiera para comprar cobertura de seguro de salud a través del Mercado de Seguros de Salud pueden tener que comprar y se les proporcionará acceso para reunirse con un Navegador Certificado de Indiana como un medio para garantizar el acceso a los servicios de atención médica, para su salud personal general, y para la protección de sus activos individuales.

Personas que no son elegibles para Medicaid u otra cobertura de atención médica asequible deben presentar prueba de rechazo.

Los Cupones para Alimentos o el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) no se contarán como ingresos.

Los servicios cosméticos no son elegibles para ningún tipo de asistencia y no se pueden incluir en la cantidad de facturas hospitalarias / médicas adeudadas.

Razones para no ser elegible para la asistencia de la Política FA

Los ingresos del hogar exceden el máximo del FPL. Sin embargo, el paciente puede ser elegible para un descuento de ajuste de cargos o descuento catastrófico.

Si un paciente es elegible para Medicaid, el Mercado de Seguros de Salud (Healthcare.gov) u otros programas estatales o federales y el paciente no coopera en el proceso de solicitud, nueva solicitud o apelación, o el paciente no paga lo requerido prima mensual, lo que hace que el paciente no sea elegible para el programa estatal.

Si el paciente es elegible y está inscrito en un plan de Healthcare Marketplace y no paga la prima mensual requerida, lo que hace que el plan de salud descontinúe la cobertura. El paciente está bajo la custodia de una unidad del gobierno, que es responsable de la cobertura de las necesidades médicas del paciente.

Los servicios no son médicamente necesarios o están excluidos del programa.

Los servicios excluidos incluyen, entre otros:

- Cirugía cosmética
- Tratamientos de infertilidad, servicios de fertilidad, control de natalidad, esterilización, reversión de esterilización;
- Servicios denegados por su seguro debido al incumplimiento de sus requisitos de cobertura de seguro;
- Servicios considerados no médicamente necesarios;
- Servicios reembolsados directamente a usted por su compañía de seguros;
- Servicios reembolsados por otro tercero
- Servicios requeridos para empleo, escuelas o atletismo

Elegibilidad presunta

Un paciente en cualquiera de las siguientes circunstancias será automáticamente considerado elegible para asistencia financiera o económica (presuntamente elegible). No es necesaria la solicitud de asistencia si el paciente se considera presuntamente elegible para recibir asistencia. Se puede requerir documentación que valide estas circunstancias.

- El paciente y / o el garante responsable residen en el Ejército de Salvación, el Refugio para Mujeres o cualquier otro refugio similar; actualmente está encarcelado, pero los servicios se brindaron antes del encarcelamiento o personas sin hogar y no son elegibles para Medicaid u otros programas de cobertura de salud.
- El paciente / fiador tiene un ingreso fijo igual o inferior al FPL, pero se considera que excede los límites de recursos para cualquier programa de Medicaid.
- Los pacientes que actualmente están inscritos en cualquier programa estatal de Medicaid que hayan agotado sus beneficios durante el mes se consideran automáticamente cualificados bajo esta política de asistencia financiera. Las cuentas de cualquier paciente que cualifique para Medicaid pero cuya cobertura no incluya servicios dentro de los últimos noventa (90) días serán presuntamente elegibles para un ajuste de caridad. Debe haber una denegación de cobertura de Medicaid antes de que el saldo se ajuste a la caridad.

Falta de Proporcionar Información Apropia

No proporcionar la información necesaria para completar una evaluación financiera puede dar lugar a una determinación negativa, pero la cuenta debe reconsiderarse al recibir la información requerida. La cuenta también se puede enviar para aprobación si Reid Health ha podido verificar la información de un tercero confiable, es decir, el Seguro Social, Medicaid, la agencia de informes de crédito, etc. Se puede hacer una determinación de elegibilidad para asistencia financiera o catastrófica sin completar formulario de evaluación si el paciente o la información no está razonablemente disponible y la elegibilidad está justificada bajo las circunstancias.

Los pacientes que no brinden la documentación o información requerida recibirán una notificación.

Se puede hacer una determinación de elegibilidad para asistencia financiera sin un formulario de elegibilidad completo si el paciente o la información no está razonablemente disponible y la elegibilidad está justificada bajo las circunstancias.

No se le puede negar asistencia a ningún paciente debido a que no proporciona información o documentación no especificada en la Política o solicitud de FA.

Falta de Pago del Paciente por el Resto de la Cuenta después de la Asistencia financiera

El hecho de que un paciente / fiador no pague el resto de su cuenta después de deducir la porción de asistencia puede hacer que la cuenta se coloque en una agencia de cobro.

El resto de la cuenta estará sujeta a cualquier acción de cobro, incluyendo el recurso legal, como demanda, embargo de salarios, gravamen o informes adversos de la agencia de crédito si no se paga.

Procedimiento General Para la Determinación de los Servicios Elegibles y la Posible Cobertura de Terceros

Reid Health, o su designado, determinará si el individuo puede ser elegible para otra cobertura bajo cualquier asegurador terciario, incluyendo Medicaid y cualquier otro programa del condado, estatal o federal, incluido, entre otros, un plan de salud asequible a través del Mercado Federal de Intercambio.

Reid Health, o su designado, determinará si el tipo de servicios prestados son elegibles para la cobertura bajo la política de asistencia financiera.

Reid Health, o su designado, verificará los ingresos utilizando cualquier método razonable para establecer la elegibilidad, incluyendo los formularios de retención W-2, talonarios de pago, declaraciones de impuestos; impresiones de nómina; documentos que aprueban o niegan la compensación por desempleo o los beneficios de compensación laboral; verificación verbal o escrita de los salarios del empleador, verificación verbal de las agencias de asistencia pública, o en la opción de verificación y estimación de ingresos de Reid Health disponible en las agencias de informes de crédito.

Si el proceso de verificación indica que el reclamo de ingresos de la familia es falso o incompleto, Reid Health, o su designado, determinará que el paciente no es elegible y le proporcionará al solicitante un rechazo por escrito y fechado con el motivo del rechazo.

Puede que no sea posible verificar un reclamo de poco o ningún ingreso. Se puede realizar una consulta de crédito en estos casos y se puede dar una aprobación de asistencia si la consulta respalda el reclamo de ingresos bajos o nulos.

La aprobación condicional se puede dar con base a que el solicitante proporcione cualquier información razonablemente necesaria para corroborar la elegibilidad.

Reid Health, o su designado, auditará periódicamente las solicitudes que incluyen información certificada y puede solicitar que se proporcione documentación que verifique los ingresos y los activos para que el paciente sea elegible para asistencia financiera.

Determinaciones de Asistencia Financiera

Todas las solicitudes completas recibirán una determinación para la concesión de asistencia financiera. El paciente recibirá una copia escrita de la determinación final.

Determinaciones Favorables

Una determinación favorable incluirá la siguiente información:

- Las fechas de servicio, cuentas y servicios, si corresponde.
- La fecha de la solicitud.
- La fecha de la determinación.
- El ingreso y el tamaño del hogar que se utilizó en la determinación.

Determinaciones Desfavorables

Una determinación desfavorable incluirá una explicación o razón.

- Los servicios están categóricamente excluidos de consideración. (es decir, no de emergencia o cosmético)
- El individuo está totalmente cubierto o recibe servicios totalmente cubiertos por un tercero asegurador o programa gubernamental.
- Las cuentas se han colocado en deudas incobrables.
- No se cumplieron los estándares de elegibilidad bajo FPL.
- El individuo no tomó medidas razonables para obtener cobertura de terceros si se establece como una condición de elegibilidad bajo esta política.
- El individuo no ha tomado medidas razonables para pagar los saldos pendientes. La acción razonable se define como buscar opciones de plan de pago y pagos oportunos en el plan.