

1. ALCANCE

Esta Política expone los requisitos para toda la administración y el personal involucrados en la asistencia financiera en las siguientes entidades de Bryan Health:

Bryan Medical Center	Merrick Medical Center	Crete Area Medical Center
Bryan Physician Network	Central City Medical Clinic	Crete Physicians Clinic
Bryan Heart	Fullerton Medical Clinic	Friend Medical Clinic
		Wilber Medical Clinic

2. OBJETIVO

Establecer el marco de acuerdo con el cual Bryan Health identifica a los pacientes que pueden calificar para recibir asistencia financiera, brinda asistencia financiera y justifica la asistencia financiera. Las definiciones de las palabras clave utilizadas en esta Política se proporcionan en el [Anexo C](#).

3. PROCEDIMIENTO/REQUISITOS

- 3.1 Con el fin de brindar el nivel apropiado de asistencia a la mayor cantidad de personas que la necesiten, el Comité Financiero de la Junta Directiva de Bryan Health ha aprobado esta Política y es responsable de su supervisión. Toda modificación importante que se realice sobre lo expresado en esta Política debe ser aprobada por el Comité Financiero antes de la implementación por parte de Bryan Health.
- 3.2 Bryan Health se compromete a proporcionar asistencia financiera a aquellas personas que tengan necesidades de atención médica y no estén aseguradas, que no tengan un seguro suficiente, no sean elegibles para afiliarse a un programa gubernamental o que, por su situación financiera, no puedan pagar la atención médicamente necesaria. De acuerdo con su compromiso para brindar servicios de atención médica compasivos, de alta calidad y asequibles, y para defender a las personas de bajos recursos y los desfavorecidos, Bryan Health se esfuerza por garantizar que la capacidad financiera de las personas que necesitan servicios de atención médica no los prive de buscar o recibir dicha atención.
- 3.3 Al implementar esta Política, la administración y los centros de Bryan Health deben cumplir con todas las demás leyes, reglas y regulaciones federales, estatales y locales que podrían aplicarse a las actividades llevadas a cabo de acuerdo con esta Política, que incluyen, entre otras, las regulaciones finales emitidas bajo la sección 501(r) del Código de Rentas Internas de 1986, según sus reformas.
- 3.4 Esta Política:
 - 3.4.1.1 incluye los criterios de elegibilidad para recibir asistencia financiera, tanto para acceder a cuidados caritativos como con descuentos (asistencia financiera parcial);
 - 3.4.1.2 describe las bases para calcular los montos generalmente facturados (AGB) para los pacientes que sean elegibles para recibir asistencia financiera bajo esta Política;
 - 3.4.1.3 describe el método a través del cual los pacientes o los garantes ("paciente") pueden solicitar

asistencia financiera;

3.4.1.4 limita los montos que el centro le cobrará a las personas que sean elegibles para recibir asistencia financiera por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria para los AGB; y

3.4.1.5 describe la manera en que Bryan Health les comunicará esta Política a los pacientes y las comunidades a las que presta servicios.

3.5 La asistencia financiera no se considera como un reemplazo de la responsabilidad personal; además, toda asistencia financiera está sujeta a la evaluación de la situación y aprobación por parte de la administración de Bryan Health. Se espera que los pacientes cooperen con todos los procedimientos de Bryan Health para obtener la asistencia financiera y que contribuyan al costo de su atención de acuerdo con su capacidad de pago. Con el fin de asegurar el acceso a los servicios de atención médica, se recomienda a aquellas personas que tengan capacidad financiera que adquieran un seguro de salud, tanto para su salud general como para proteger sus activos personales.

3.6 Bryan Health se reserva el derecho de excluir ciertos servicios de la cobertura incluida en esta Política y de negar asistencia financiera a aquellos pacientes que no cooperen con los requisitos detallados en esta Política.

3.7 Esta Política está destinada a tener como principales beneficiarios a aquellos pacientes que no estén asegurados, que no tengan un seguro suficiente, que no sean elegibles para acceder a los programas de beneficios de atención médica del gobierno y que no puedan pagar por su atención.

3.8 Política relacionada con la atención médica de emergencia

3.8.1 De acuerdo con la ley EMTALA, Bryan Health proporcionará, sin discriminar, un examen médico apropiado a toda persona que necesite tratamiento por una posible afección médica de emergencia, independientemente de la capacidad de pago y de si la persona es elegible para recibir asistencia financiera. Si luego de realizar un examen médico apropiado, el personal de Bryan Health determina que la persona presenta una afección médica de emergencia, Bryan Health brindará los servicios necesarios, dentro de las posibilidades del centro Bryan Health, para estabilizar la afección médica de emergencia de la persona o llevará a cabo un traslado apropiado de acuerdo con lo que expresa la ley EMTALA (consulte el Procedimiento de EMTALA). Bryan Health tiene prohibido participar de acciones que desalienten a las personas de buscar atención médica de emergencia declarando, por ejemplo, que los pacientes del Departamento de Emergencias paguen antes de recibir tratamiento para las afecciones médicas de emergencia, o permitiendo actividades de cobro de deudas que interfieran con la provisión de dicha atención.

3.9 Servicios elegibles bajo esta Política de asistencia financiera

3.9.1 A los fines de esta Política, los términos "asistencia financiera" o "cuidado caritativo" hacen referencia a los servicios de atención médica hospitalarios o ambulatorios que Bryan Health les brinda sin cargo o con descuentos a los pacientes que califiquen. Los siguientes servicios de atención médica son elegibles para la asistencia financiera:

3.9.1.1 servicios médicos de emergencia proporcionados en el entorno de una sala de emergencias;

3.9.1.2 servicios para una afección que, si no se tratara de inmediato, podría derivar en un cambio adverso en el estado de salud de la persona;

- 3.9.1.3 servicios no optativos proporcionados en respuesta a circunstancias que ponen en riesgo la vida en un entorno externo a una sala de emergencias, y
- 3.9.1.4 servicios médicamente necesarios evaluados en cada caso particular a discreción de los proveedores afiliados de Bryan Health.
- 3.9.2 La atención que no sea de emergencia o que no sea médicamente necesaria no estará cubierta por la Política. La asistencia financiera ofrecida bajo esta Política no se aplica a las tarifas de proveedores facturadas de manera separada de las tarifas de Bryan Health.

3.10 Elegibilidad para recibir asistencia financiera

- 3.10.1 Elegibilidad general: la elegibilidad para recibir asistencia financiera completa o con descuentos solo se considerará en el caso de aquellos pacientes que:
 - 3.10.1.1 no estén asegurados o no tengan un seguro suficiente;
 - 3.10.1.2 no sean elegibles para afiliarse a ningún programa de beneficios de atención médica del gobierno;
 - 3.10.1.3 hayan excedido la duración de la estadía establecida por Medicaid u otros programas de atención para personas en estado de indigencia;
 - 3.10.1.4 no puedan pagar por su atención, sobre la base de una determinación de necesidad financiera según esta Política;
 - 3.10.1.5 cooperen con las políticas y los procedimientos de Bryan Health;
 - 3.10.1.6 suministren toda la información requerida para procesar la solicitud, y
 - 3.10.1.7 reembolsen a Bryan Health todo monto que el seguro le haya pagado directamente al paciente.
- 3.10.2 Los pacientes son elegibles para recibir asistencia financiera con el fin de cubrir las responsabilidades de los deducibles, coseguros y copagos, siempre que no se contradigan los términos de la Política o las leyes aplicables. El otorgamiento de la asistencia financiera debe basarse en una determinación individual de necesidad financiera y no se debe tener en cuenta la edad, el género, la raza, la condición social o de inmigrante, la orientación sexual y la afiliación religiosa. Incluso cuando las circunstancias de un paciente no cumplan con los requisitos particulares para acceder a la asistencia financiera bajo esta Política, el paciente con factores de mitigación inusuales puede recibir asistencia financiera. Estas situaciones se evaluarán en cada caso particular según las circunstancias específicas del paciente, como una enfermedad catastrófica o indigencia médica, a discreción de Bryan Health.
- 3.10.3 Elegibilidad específica: cuando un paciente califica para recibir asistencia financiera en un centro de Bryan Health, esta se efectuará en todos los centros de Bryan Health una vez recibida y verificada la notificación del paciente.
- 3.10.4 Esta Política no se aplica a las siguientes partes:
 - 3.10.4.1 personas que optan por no recibir una cobertura de seguro disponible o eligen servicios no cubiertos dentro de la red para recibir atención que no sea de emergencia;
 - 3.10.4.2 personas que no cumplan de manera razonable con los requisitos del seguro, como obtener una autorización o una derivación, y
 - 3.10.4.3 pacientes atendidos en centros no afiliados a Bryan Health.

3.11 Presunta elegibilidad para recibir asistencia financiera

- 3.11.1 En caso de que un paciente parezca elegible para recibir asistencia financiera, pero que no haya un formulario de solicitud registrado debido a la ausencia de documentación de respaldo, la asistencia financiera todavía puede entregarse en ciertas situaciones sobre la base de presuntas circunstancias. Suele haber información adecuada proporcionada por el paciente o a través de otras fuentes, como la revisión de informes crediticios y otros documentos públicos que podrían brindar evidencia suficiente para respaldar su necesidad financiera. En caso de que no haya evidencia que respalde la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera, Bryan Health puede acudir a agencias externas para definir montos de ingresos estimados con el fin de determinar la elegibilidad y posibles montos de descuento. La presunta elegibilidad se puede definir en ciertas situaciones y con la aprobación de la administración de Bryan Health, de acuerdo con las circunstancias de cada caso, que pueden incluir, entre otros, los siguientes factores (no es una lista exhaustiva):
- 3.11.1.1 programas de prescripción financiados por el estado;
 - 3.11.1.2 atención transitoria, para personas sin hogar o recibida en una clínica para personas sin hogar o personas no identificadas;
 - 3.11.1.3 participación en programas para mujeres, infantes y niños (WIC);
 - 3.11.1.4 elegibilidad para acceder a cupones para alimentos;
 - 3.11.1.5 elegibilidad para acceder a otros programas estatales o locales sin financiación (p. ej.: gasto reducido de Medicaid);
 - 3.11.1.6 víctimas de delitos (cargos cobrados después de que los fondos estatales y federales se hayan aplicado o terminado);
 - 3.11.1.7 vivienda de bajos ingresos/subvencionada proporcionada como una dirección válida;
 - 3.11.1.8 se aceptó el pedido de quiebra del paciente por parte de un juez;
 - 3.11.1.9 paciente fallecido que no tiene bienes ni una parte responsable conocida, y
 - 3.11.1.10 personas cuyos ingresos son iguales o inferiores al 100% del nivel de pobreza actual.

3.12 Método a través del cual los pacientes pueden solicitar asistencia financiera

- 3.12.1 Un paciente puede iniciar el proceso de solicitud de asistencia financiera de forma personal, a través del sitio web <http://www.BryanHealth.org>, por teléfono, a través de correo, o mediante el uso de la cuenta MyChart del paciente. En el [Anexo A](#) se detalla la información de contacto para que pueda comunicarse con el personal del centro que puede brindarle información adicional en relación con el programa de asistencia financiera de Bryan Health.
- 3.12.2 Los asesores financieros o los empleados contratados de Bryan Health hacen todos los esfuerzos razonables para reunirse con los pacientes no asegurados ingresados al hospital con el fin de recomendarles la asistencia apropiada, como programas federales, estatales o locales, o la elegibilidad para recibir asistencia bajo la Política de la organización. En los casos que corresponda, los asesores financieros o los empleados contratados deben brindar ayuda a los pacientes a fin de que califiquen para recibir asistencia financiera bajo esta Política o varios programas gubernamentales, como Medicaid.
- 3.12.3 Bryan Health también puede iniciar la solicitud de asistencia financiera en nombre del paciente; sin embargo, sigue siendo responsabilidad del paciente brindar la información necesaria para calificar y

recibir asistencia financiera. No se garantiza que el paciente califique para recibir asistencia financiera. Cualquier miembro del personal o del plantel médico de Bryan Health, incluidos médicos, enfermeros, asesores financieros, trabajadores sociales, administradores de casos, capellanes y representantes religiosos, puede derivar a un paciente para que reciba asistencia financiera. De acuerdo con las leyes de privacidad aplicables, tanto el paciente como un familiar, un amigo cercano o un socio del paciente pueden presentar una solicitud para recibir asistencia financiera.

- 3.12.4 En el [Anexo B](#) se incluye la información de contacto de organizaciones sin fines de lucro y agencias gubernamentales que pueden ayudar a los pacientes con sus solicitudes de asistencia financiera.
- 3.12.5 Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera en cualquier momento, desde antes del ingreso hasta el momento del pago final de las facturas, ya que Bryan Health reconoce que la capacidad de pago de un paciente durante un período de tiempo prolongado puede cambiar sustancialmente debido a una enfermedad o una dificultad económica.

3.13 Determinación de asistencia financiera y notificación a los pacientes

- 3.13.1 Proceso de solicitud de asistencia financiera: en situaciones donde las presuntas circunstancias para el cuidado caritativo no apliquen, las personas deben solicitar asistencia financiera y cooperar con Bryan Health para determinar si califican o no para recibir la asistencia. Este proceso de solicitud incluirá lo siguiente:
 - 3.13.1.1 El paciente debe completar el formulario de solicitud para recibir asistencia financiera de Bryan Health y brindar toda la información personal, económica y otras fuentes requeridas en la solicitud y la carta de presentación para que se pueda tomar una decisión en relación con la necesidad financiera. El período para presentar la información solicitada dependerá de la fecha en que se prestaron los servicios. Las fuentes para determinar los ingresos brutos requeridos incluyen, entre otras: sueldos, salarios, ingresos por trabajo de granja, ingreso por empleo independiente, intereses/dividendos, ingresos por rentas, pagos recibidos del Seguro Social, asistencia pública, compensaciones por desempleo y laboral, beneficios para veteranos, manutención, pensión, pensión alimenticia, pagos de un seguro regular y pagos por anualidades, ingreso por herencias o fideicomisos, bienes adquiridos luego de un retiro del banco, venta de propiedades o activos líquidos y pagos únicos por el seguro médico o pagos de compensación.
 - 3.13.1.2 Una revisión de los bienes disponibles del paciente y todas las fuentes económicas disponibles para el paciente; se incluyen pólizas por seguro de vida, fondos de jubilación, tales como pensiones/rentas anuales y planes IRA/401K. La vivienda personal principal del paciente queda excluida de esta revisión. Si existen otros bienes y recursos disponibles para el paciente, Bryan Health se reserva el derecho de denegar la asistencia económica.
 - 3.13.1.3 El uso de informes crediticios y fuentes públicas de datos que brindan información sobre la capacidad de pago del paciente.
 - 3.13.1.4 Una revisión del ingreso del paciente, el cónyuge o los padres de un niño menor de edad.
 - 3.13.1.5 Si el formulario de solicitud no está completo al momento de ser presentado, un asesor financiero de Bryan Health le enviará una carta al paciente, o lo llamará si fuera necesario para solicitar información adicional y, además, tratará de obtenerla a través de terceros.
- 3.13.2 Notificación a los pacientes: Las solicitudes para recibir asistencia financiera deben procesarse de manera oportuna, y Bryan Health debe notificar por escrito su aprobación o negación al paciente o

al solicitante de manera oportuna luego de haber recibido una solicitud completa. Si Bryan Health niega la solicitud de asistencia financiera, se deberá incluir el motivo en la carta. Allí, se notificará a los pacientes que pueden apelar esta decisión y se les brindará la información de contacto para llevar a cabo esta acción.

- 3.13.3 No se negará la asistencia financiera a causa de la omisión o ausencia de información o documentos, si es que estos datos no se requieren de manera específica en la Política de asistencia financiera o en el formulario de solicitud.
- 3.13.4 Con el fin de documentar adecuadamente que cumple de manera justa y consistente con esta Política, la oficina de servicios financieros para pacientes conservará las solicitudes de asistencia financiera, las determinaciones de asistencia financiera y las notificaciones a los pacientes de acuerdo con las políticas de retención y destrucción de documentos de Bryan Health.

3.14 Duración de la elegibilidad

- 3.14.1 Una vez aprobada la asistencia financiera, esta se mantendrá efectiva para todas las cuentas pendientes del paciente y todos los servicios brindados dentro de los seis meses posteriores a la aprobación. La asistencia financiera se podría extender por seis meses más; sin embargo, antes de hacerlo, puede que se solicite una confirmación de ingreso, ingreso estimado y tamaño del hogar del paciente. Una vez finalizado el período inicial de doce meses, todos los pacientes deben volver a presentar una solicitud.

3.15 Descalificación de la asistencia financiera

- 3.15.1 La descalificación, una vez otorgada la asistencia financiera, podría deberse a diferentes motivos que incluyen, entre otros, los siguientes:
 - 3.15.1.1 Falsificación de información. La asistencia financiera será denegada si el paciente o un tercero responsable brinda información falsa.
 - 3.15.1.2 Acuerdo con un tercero. La asistencia financiera será denegada si el paciente ha recibido una compensación monetaria por un acuerdo con un tercero a raíz de la atención recibida en Bryan Health. Se espera que el paciente utilice el monto del acuerdo monetario para saldar todo monto pendiente en la cuenta del paciente.

3.16 Descuentos para pacientes

- 3.16.1 El director financiero de Bryan Health determinará anualmente los descuentos apropiados que se encuentran disponibles para los pacientes elegibles y garantizará el cumplimiento de las regulaciones del IRS. A todos los pacientes se les facturarán los montos brutos, y todo descuento que corresponda se aplicará a dichos montos. Puede obtener información relacionada con los descuentos comunicándose con un asesor financiero para pacientes (la información de contacto se detalla en el [Anexo A](#)). Los montos facturados por la atención médicamente necesaria que se brinde a los pacientes elegibles en el marco de esta Política estarán limitados a los montos que se les facturan a las personas cuyos seguros cubren una atención similar.

- 3.16.1.1 Descuentos de asistencia financiera para cuidado caritativo:**
- 3.16.1.2 Bryan Health brinda descuentos de asistencia financiera para cuidado caritativo para aquellos pacientes que sean elegibles de acuerdo con las pautas del índice federal de pobreza (FPL) vigentes al momento en que se determina la elegibilidad. Los pacientes

que califican para recibir descuentos de asistencia financiera para cuidado caritativo, cuyo ingreso familiar anual y activos estén al 200% del FPL o a un porcentaje menor, son elegibles para recibir un descuento del 100% en los saldos de sus cuentas por servicios elegibles recibidos por el paciente después del pago, en caso de que hubiera, por parte de un tercero. Los pacientes cuyo ingreso y activos estén al 201% o por sobre este porcentaje, pero que no superen el 400% del FPL, son elegibles para recibir descuentos en una escala de tarifas gradual basada en el FPL vigente al momento de la finalización de la elegibilidad después del pago, en caso de que hubiera, por parte de un tercero. Los descuentos de asistencia financiera para cuidado caritativo también pueden aplicarse a copagos, deducibles, coseguros y ciertas negaciones no contratadas elegibles.

3.16.1.3 Descuentos para asistencia por catástrofe:

3.16.1.4 Los descuentos para asistencia por catástrofe estarán disponibles para los pacientes elegibles cuando la factura por servicios médicos de todos los centros relacionados con Bryan Health, luego de los pagos realizados por terceros, exceda el 30% del ingreso bruto y los bienes totales del paciente, y el paciente no pueda pagar el resto de la factura. Bajo la categoría de descuento para asistencia por catástrofe, la responsabilidad de un paciente elegible nunca excederá el 30% de su ingreso anual y bienes totales. Toda responsabilidad del paciente que cubra un período de doce meses para el paciente que exceda el 30% se cancelará como asistencia financiera para cuidado caritativo.

3.16.1.5 Descuentos para pacientes no asegurados:

los descuentos para pacientes no asegurados se pueden aplicar a los pacientes elegibles. El descuento para pacientes no asegurados (autopago) es un porcentaje sobre los montos brutos facturados por servicios brindados en un centro de Bryan Health. No hay ningún proceso de solicitud para que los pacientes no asegurados reciban el descuento. El descuento para pacientes no asegurados no limita la posibilidad del paciente de obtener descuentos adicionales de acuerdo con su necesidad financiera ya sea través del programa de descuentos de asistencia financiera para cuidado caritativo o del programa de descuentos para asistencia por catástrofe. El descuento para pacientes no asegurados se debe aplicar automáticamente a los pacientes que sean clasificados como "autopago".

3.17 Base para calcular los montos generalmente facturados (AGB)/Limitaciones a los cargos

3.17.1 En todas las situaciones, una vez que se determina que el paciente califica para recibir asistencia financiera, no se les cobrará por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria una suma mayor a los montos generalmente facturados (AGB) a los pacientes que tienen seguro médico para cubrir dicha atención. Para determinar los AGB, Bryan Health ha elegido utilizar el método de costos fijos Lock-Back mediante la división de los montos permitidos por la tarifa de Medicare por servicio y todas las compañías de seguro privadas contratadas durante un período de doce meses por los cargos brutos presentados. Este porcentaje de AGB se calcula al menos anualmente y está disponible comunicándose con un asesor financiero para pacientes (la información de contacto se detalla en el [Anexo A](#)). Bryan Health, conforme a las regulaciones aplicables del IRS, puede cambiar la metodología para calcular los AGB en el futuro.

3.18 Medidas para comunicar la política a los pacientes y dentro de la comunidad

- 3.18.1 La notificación acerca de la disponibilidad de asistencia financiera por parte de Bryan Health se difundirá a través de varios medios que pueden incluir, entre otros, los siguientes:
- 3.18.1.1 Bryan Health pondrá a disposición su Política, el formulario de solicitud y un resumen de su Política en lenguaje sencillo en su sitio web www.BryanHealth.org.
 - 3.18.1.2 Bryan Health pondrá a disposición su Política, un resumen de ella en lenguaje sencillo y el formulario de solicitud a pedido y sin cargo, tanto en ubicaciones públicas del hospital como por correo. Bryan Health publicará carteles claros con respecto a la Política en los Departamentos de Emergencias, áreas de admisión y oficinas comerciales.
 - 3.18.1.3 La Política, el formulario de solicitud y un resumen de la Política estarán disponibles en inglés, en español y en el idioma principal de cualquier población que constituya más de 5% de los residentes en la comunidad. Para los pacientes que hablen un idioma distinto a aquellos para los cuales se imprimen las pautas del FAP, habrá intérpretes disponibles para comunicar claramente la Política y brindar asistencia para completar los formularios necesarios.
 - 3.18.1.4 Bryan Health puede distribuir regularmente hojas de información que resumen la Política para todos los miembros del personal médico, agencias locales públicas apropiadas y organizaciones sin fines de lucro que tratan las necesidades médicas de aquellos miembros de la comunidad con bajos recursos.
 - 3.18.1.5 Antes de recibir el alta médica, se les ofrecerá a los pacientes un resumen de la Política. Además, cuando sea apropiado, los asesores financieros del hospital visitarán a los pacientes internados para responder cualquier pregunta con respecto al FAP antes de ser dados de alta del hospital.
 - 3.18.1.6 Todos los estados de cuenta deben incluir una notificación en la parte delantera en relación con los siguientes puntos: disponibilidad de asistencia financiera, cómo solicitar información acerca de la Política y del proceso de solicitud (junto con un número de teléfono para hacer preguntas acerca de la Política) y sitio web donde pueden obtenerse copias de los documentos de la Política.
 - 3.18.1.7 Anualmente, todos los empleados deben recibir capacitación con respecto a la Política. Esta capacitación incluirá la información de contacto para comunicarse con el departamento o con las personas que pueden explicar la Política. Se les indicará a los empleados que interactúan con los pacientes que deriven todas las preguntas relacionadas con la Política a los representantes de los proveedores apropiados.
 - 3.18.1.8 La información relacionada con la Política estará incluida en la información de beneficios anual para la comunidad publicada en la revista JOURNEYS, la cual se envía a todos los hogares de la comunidad.

3.19 Relación con la Política de facturación y cobro

- 3.19.1 Las medidas que Bryan Health podría tomar con respecto a la falta de pago por parte de un paciente que tiene la capacidad de pagar por los servicios se encuentran en la Política de facturación y cobro de Bryan Health. Los pacientes pueden obtener una copia de la Política de facturación y cobro llamando a los números de teléfono detallados en el [Anexo A](#) o visitando nuestro sitio web www.BryanHealth.org.

3.20 Proveedores que brindan atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria en los centros:

- 3.20.1 En nuestro sitio web www.BryanHealth.org se detalla una lista de proveedores que están cubiertos por la Política y de proveedores que no lo están. Cualquier pregunta sobre la inclusión o la exclusión de proveedores cubiertos por esta Política puede ser dirigida a nuestro personal en los números de teléfono detallados en el [Anexo A](#).

4. RECURSOS

Formulario de solicitud de asistencia financiera
Resumen en lenguaje sencillo

5. REFERENCIAS

Sección 501(r) del Código de Rentas Internas de 1986

6. ANEXO

[Anexo A](#) – Centros de Bryan Health

[Anexo B](#) – Información de contacto de organizaciones sin fines de lucro o agencias gubernamentales

[Anexo C](#) – Definiciones

7. TITULAR

Director sénior del ciclo de facturación – Bryan Health

8. AUTORIZADOR

Director financiero – Bryan Health
Presidente – Bryan Physician Network
Presidente/Director – Merrick Medical Center
Director financiero de la división rural – Bryan Health
Director financiero – Crete Area Medical Center
Director financiero – Bryan Heart

Anexo A

Centros de Bryan Health

Esta Política de asistencia financiera se aplica a los centros de Bryan Health indicados en la Sección 1, en "Alcance".

Los pacientes pueden ver el programa de Asistencia financiera en el sitio web de Bryan Health, <http://www.BryanHealth.org>. Para visitar a un asesor financiero, los pacientes pueden llamar al 877-577-9277 o 402- 481-5791.

Anexo B

Información de contacto de organizaciones sin fines de lucro o agencias gubernamentales que pueden ser fuente de asistencia para completar formularios de solicitud de asistencia financiera

Campus Este y Oeste de Bryan Medical Center**Center for People in Need**Dirección: 3901 N. 27th St., Unit 1, Lincoln, NE 68521

Número de teléfono: 402-476-4357

Lancaster County Medical Society

Dirección: 4600 Valley Rd., Ste. 250, Lincoln, NE 68510

Número de teléfono: 402-483-4800

Matt Talbot Kitchen & OutreachDirección: 2121 N. 27th St., Lincoln, NE 68503

Número de teléfono: 402-477-4116

Crete Area Medical Center**Public Health Solutions**

Dirección: 995 E. State Hwy. 33, Crete, NE 68333

Número de teléfono: 402-826-3880

El Centro De Las Americas

Dirección: 210 "O" St., Lincoln, NE 68508

Número de teléfono: 402-474-3950

Anexo C

Definiciones

Afecciones médicas de emergencia: se refiere a las afecciones médicas de emergencia, según la definición que se proporciona en la sección 1867 de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. 1395dd).

Atención médica de emergencia: se refiere a la atención que se proporciona en un hospital por una afección médica de emergencia, según se define en la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA).

Cargos brutos (o tarifa del sistema de gastos hospitalarios): se refiere al precio total establecido de un hospital para la atención médica que este cobra de forma constante y uniforme a los pacientes antes de aplicar cualquier bonificación, descuento o deducción contractual.

Cuidado caritativo: servicios de atención médica que se han proporcionado o se proporcionarán, pero que nunca se espera que causen un ingreso de dinero. El cuidado caritativo surge de la política de un proveedor de proporcionar servicios de atención médica gratuitamente o con descuento a las personas que cumplen con los criterios establecidos.

Formulario de solicitud de asistencia financiera: se refiere a la información y la documentación de respaldo que presenta una persona para solicitar asistencia financiera en virtud de la política de asistencia financiera de un hospital.

Índice federal de pobreza: se refiere a la cantidad mínima de ingresos brutos que una familia necesita para alimentos, ropa, transporte, refugio y otras necesidades. Lo determina el Departamento de Salud y Servicios Humanos, se ajusta de acuerdo a la inflación y se informa anualmente como pautas de pobreza.

Ingresos familiares: los ingresos familiares constan de lo siguiente:

- incluye salario, compensación por desempleo, compensación del trabajador, Seguro Social, seguridad de ingreso suplementario, asistencia pública, pagos de la Asociación de Veteranos, beneficios de sobreviviente, ingresos por pensión o jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos por sucesiones, fideicomisos, asistencia para educación, manutención conyugal, manutención infantil, asistencia externa al grupo familiar y otras fuentes varias;
- no se cuentan los beneficios que no son en dinero (como cupones de comida y subsidios para la vivienda);
- se determina antes de deducir impuestos;
- incluye los ingresos del paciente, del cónyuge y/o de los padres de un niño menor de edad.

Medicamento necesario: servicios o artículos razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, según lo define Medicare y/u otras compañías de seguro comerciales de gran envergadura: (1) el servicio médicamente necesario debe estar respaldado por una orden de un médico; (2) los servicios médicamente necesarios excluyen servicios cosméticos de pago particular, determinados servicios de prevención, medicamentos recetados ambulatorios, cirugía bariátrica, otros procedimientos selectivos que el seguro no cubra, y productos y servicios médicos que puedan obtenerse a través de otros recursos de la comunidad.

Montos generalmente facturados (AGB): se refiere a los montos que generalmente se facturan por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que se brinda a personas que tienen seguro que cubre dicha atención.

Paciente con seguro insuficiente: el paciente tiene un determinado nivel de seguro o asistencia de terceros, pero aún tiene gastos de bolsillo que superan sus capacidades financieras.

Paciente no asegurado: el paciente no tiene un nivel de seguro o asistencia de terceros que le ayude a cumplir con sus obligaciones de pago.

Período de solicitud: se refiere al período durante el cual un hospital debe aceptar y procesar una solicitud de asistencia, en virtud de su política de asistencia financiera, que le presente una persona para que se hagan los esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para recibir asistencia financiera. Con respecto a la atención que proporcione un hospital a una persona, el período de solicitud comienza en la fecha en la que se proporciona la atención a la persona y finaliza 360 días después de que el hospital proporcione a la persona la primera factura por dicha atención luego del alta.

Política de asistencia financiera (FAP): se refiere a una política por escrito que reúne los requisitos que se describen en §1.501(r)-4(b).

Porcentaje de AGB: se refiere a un porcentaje de los cargos brutos que un hospital utiliza para determinar los AGB por cualquier atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que proporciona a una persona que es elegible para recibir asistencia en virtud de la política de asistencia financiera del hospital.

Tamaño de la familia: un grupo de dos personas o más (una de las cuales es el cabeza de familia) emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que viven juntas, todas esas personas (incluidos los miembros de la subfamilia emparentados) se consideran miembros de una familia.