



<b>DEPARTAMENTO RESPONSABLE:</b> Ciclo de ingresos	<b>ASUNTO:</b> <b>Asistencia financiera</b>
<b>NÚMERO DE PÁGINAS: 14</b>	<b>REEMPLAZA LA POLÍTICA (NÚMERO/FECHA):</b> <b>Todas las políticas de caridad anteriores en todos los hospitales FMOLHS</b>
<b>Fecha original: 28 de junio de 2013</b> <b>Fecha de revisión: junio de 2016</b> <b>Fecha de vigencia: 1 de julio de 2016</b>	<b>NÚMERO DE PÓLIZA: ADMS-009</b>

### **ALCANCE:**

Se aplica a todos los de emergencia y otra atención médicamente necesaria proporcionada por el Hospital del Corazón de Lafayette ( HHL ) .

### **PROPÓSITO:**

El propósito de esta Póliza de Asistencia Financiera (FAP) es especificar:

- Los criterios de elegibilidad para la asistencia financiera en forma de atención gratuita;
- Cómo solicitar la asistencia financiera;
- Cómo el hospital calcula los importes cobrados a los pacientes;
- Cómo la FAP está ampliamente difundida en la comunidad atendida por el hospital;
- Qué acciones puede tomar el hospital en caso de falta de pago; y
- El cumplimiento de las leyes y reglamentos estatales y federales aplicables.

### **PÓLIZA:**

HHL se compromete a proporcionar asistencia financiera a aquellos que tienen necesidades de salud y no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente, para un cuidado médico necesario en función de su situación financiera individual. HHL se esfuerza por asegurar que la capacidad financiera de las personas que necesitan servicios de atención médica no sea un impedimento para solicitar o recibir atención.

- A. Para **determinar** si un individuo es **elegible** para una asistencia financiera, el **individuo debe solicitar** la asistencia financiera. Esta FAP describe la forma adecuada

para solicitar, también especifica los criterios de elegibilidad que un individuo debe cumplir para recibir la asistencia financiera. La información y la **documentación necesaria** que se presenta como parte de la solicitud FAP también se especifica en esta FAP.

B. Esta FAP se **aplica a toda emergencia y otras atenciones médicas necesarias que sean proporcionadas por los hospitales FMOLHS** para el diagnóstico y tratamiento de alguna enfermedad o lesión. El hospital determinará si un servicio es elegible para una asistencia financiera. Entre los servicios específicamente **excluidos** se incluyen, pero no se limitan a, los siguientes:

- a. Las atenciones que no son médicamente necesarias, incluyendo pero no limitándose a
  - i. Procedimientos cosméticos, tales como el aumento de senos, abdominoplastia, inyecciones de botox, blefaroplastia, peelings químicos, eliminación de verrugas, rellenos dérmicos, escleroterapia y tratamientos dermatológicos con láser.
  - ii. Procedimientos dentales cosméticos.
  - iii. Cirugía bariátrica.
  - iv. Circuncisión.
  - v. Prueba genética.
  - vi. Terapia hormonal de sustitución.
  - vii. Terapia Stretta.
- b. Los artículos personales proporcionados durante una estadía en el hospital, por ejemplo, bandejas de habitaciones, cuartos privados que no son médicamente necesarios.
- c. Los gastos resultantes de los procedimientos que no están cubiertos por un seguro tercero, a pesar de ser médicamente necesarios, debido a un fallo del paciente para seguir los lineamientos de pago del seguro al recibir conscientemente los servicios de un hospital no contratado.
- d. Los accidentes automovilísticos en los que se demanda responsabilidad a un tercero por los gastos hospitalarios (por ejemplo, aquellos que involucran a pacientes que no tienen seguro médico).

C. **Los servicios profesionales** proporcionados por los médicos tratantes, asistentes médicos o clínicos de práctica avanzada en el departamento de emergencia y el resto de los departamentos del hospital, pueden o no estar cubiertos por esta FAP. Se mantiene en un documento separado de la FAP una lista de proveedores que prestan servicios de emergencia y otras atenciones médicas necesarias en el centro hospitalario, y está disponible en la página web de cada hospital ([www.hearthospitaloflafayette.com](http://www.hearthospitaloflafayette.com)). El listado de la página web especifica cuáles proveedores están cubiertos por la FAP y cuáles no. Los pacientes pueden solicitar copias en papel, de forma gratuita, al llamar al número de teléfono principal del hospital y preguntar por el departamento de

asesoramiento financiero en. Our Lady of the Lake y el departamento de admisión en todos los otros hospitales. Un listado de las páginas web, las direcciones físicas y los números de teléfono se encuentra en el **Anexo A** de esta póliza.

- D. Si un paciente tiene **recursos posibles de pago** como, pero no limitado a, un seguro médico o ingresos de la liquidación de terceros, es posible que el individuo no sea elegible para una asistencia financiera.
- E. La asistencia financiera no es considerada un sustituto de la responsabilidad personal. **Se espera que los pacientes cooperen** con los procedimientos de HHL para la obtención de la asistencia financiera u otras formas de pago y **contribuyan** con el costo de su atención en función de su capacidad individual para pagar. Se alentará a los individuos con capacidad financiera para adquirir un seguro médico a hacerlo.
- F. Si un solicitante FAP es o puede ser elegible para los fondos de programas locales, estatales o federales que cubran parte o la totalidad de los costos de sus servicios de salud, se espera que solicite este tipo de programas antes de que se haga una determinación de elegibilidad de acuerdo a esta FAP. La asistencia financiera es generalmente **un pagador de último recurso** a todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente, incluyendo: los seguros; los programas gubernamentales como, pero no limitados a, los beneficios de VA, Medicare y Medicaid; la responsabilidad de terceros; y los activos personales, incluyendo los activos líquidos existentes. El hospital proporcionará asistencia a los individuos durante la solicitud de los programas gubernamentales.
- G. El hospital no negará la asistencia financiera en virtud de esta FAP basado en el hecho de que el solicitante presente cierta información o documentación que el hospital no especifique en esta FAP o en el formulario de solicitud FAP. El hospital notificará al individuo por escrito de la decisión sobre su elegibilidad en virtud de esta FAP y el motivo de la decisión.
- H. La documentación de la asistencia financiera obtenida de los pacientes estará asegurada; el acceso a esta documentación se limitará a los esenciales para el proceso de asistencia financiera.
- I. Las acciones que el hospital puede llevar a cabo en caso de falta de pago se describen en general en esta FAP. **El hospital hará esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible para recibir la asistencia en virtud de la FAP antes de iniciar cualquier acción de cobro extraordinario (ECA)**. A raíz de una determinación de la elegibilidad de FAP, el monto cobrado a un individuo elegible para la FAP por una emergencia, o por otra atención médica necesaria, no será mayor que por los Importes Generalmente Facturados (AGB) a las personas que tienen seguro médico.

- J. El cálculo de **los importes generalmente facturados** (AGB) se llevará a cabo cada año. Cualquier cambio necesario se llevará a cabo dentro de los 120 días del cálculo. El hospital limitará los importes que cobra por una emergencia u otra atención médica necesaria, que se brinda a las personas elegibles para la asistencia financiera, a los importes generalmente facturados a los pacientes asegurados comercialmente y pacientes Medicare. Los AGB se determinan al multiplicar los gastos brutos para la atención elegible por un porcentaje AGB. El porcentaje AGB se basa en todas las reivindicaciones admitidas por Medicare y seguros médicos privados durante un período especificado de 12 meses, dividido por los gastos brutos asociados a esas reivindicaciones. Las copias escritas del porcentaje AGB que se utilicen al momento se pueden obtener gratuitamente al llamar al número de teléfono, que está en el Anexo A, del centro hospitalario( 337.470.1000)
- K. La **notificación** sobre los programas de asistencia financieros HHL se difundirán a través de diversos medios que pueden incluir, pero no sin limitarse a, la publicación de anuncios en las facturas de los pacientes y la publicación de avisos en las salas de emergencia, en áreas de admisión y en otros lugares públicos que HHL pueda elegir. HHL también publicará y divulgará lo siguiente en las páginas web de los centros: esta póliza de asistencia financiera, un resumen con un lenguaje sencillo y la solicitud de asistencia financiera. Estos documentos se facilitarán en los idiomas principales que hablen las poblaciones que no dominan el inglés y que sean atendidas en cada hospital HHL. Se entregarán copias en papel, y por correo, de estos documentos a los pacientes en la sala de emergencia y otras áreas de admisión a petición.
- L. Los centros y la administración HHL **cumplirá con** todas las demás **leyes, normas y regulaciones** federales, estatales y locales que puedan aplicarse a las actividades realizadas en virtud de esta póliza.

## **I. PROCESO DE SOLICITUD**

- A. Se requiere completar, firmar y presentar una solicitud de asistencia financiera, así como la presentación de la documentación necesaria establecida en esta póliza, con el fin de determinar si una persona califica para una asistencia financiera. Las solicitudes están disponibles en todos los departamentos de admisión y en la página web de cada hospital. Vea el **Anexo A** para obtener una lista de las páginas web, las direcciones físicas y los números telefónicos de cada centro hospitalario. Las direcciones para el retorno de la solicitud completa se detallan en la solicitud de asistencia financiera.
- B. La disponibilidad de la asistencia financiera se dará a conocer a los pacientes en la admisión o en el alta hospitalaria. Los asesores financieros evaluarán a los pacientes

interesados y los ayudará a completar la solicitud de asistencia financiera. Los asesores financieros están disponibles en el hospital, en el departamento de admisión, con el fin de ayudar a completar la solicitud o responder a cualquier pregunta con respecto a esta FAP. El departamento de admisiones de cada hospital se puede encontrar siguiendo la señalización claramente marcada en las vías públicas del hospital.

- C. Se requiere que el paciente o el garante del paciente suministre la documentación personal, financiera y de otro tipo que sea relevante para determinar la necesidad financiera **dentro de los treinta (30) días** de la solicitud de asistencia. El solicitante debe proporcionar la información requerida para el paciente, cónyuge o miembros de la familia con quienes viva, y los dependientes presentados en la misma declaración de impuestos. **Las solicitudes que no cumplan estas condiciones pueden ser devueltas al solicitante o incluso negadas.**
- D. Una persona sin seguro que no proporcione la información necesaria para una determinación exacta será considerada capaz de pagar el costo total de los servicios prestados y será obligada a pagar un depósito equivalente a los gastos brutos multiplicado por el porcentaje AGB que se aplique al hospital donde los servicios serán prestados, o serán reprogramados (solo en los casos de no emergencia). Si la persona no asegurada ha iniciado, pero no ha completado, el proceso de asistencia financiera, se le obligará a pagar un **Depósito estándar** no reembolsable (vea el *Anexo C* sobre los depósitos estándares para cada hospital) o será reprogramada para cuando se haga el depósito o se proporcione información para completar la solicitud FAP (solo en casos de no emergencia).
- E. A pesar de que puedan negarse las solicitudes de no estar completas dentro de los 30 días, se reabrirá y reconsiderará la solicitud si el paciente nos contacta y solicita una reconsideración dentro de los 240 días después de la facturación posterior al alta.

## **II. DETERMINACIÓN DE LA ASISTENCIA FINANCIERA**

- A. La asistencia financiera se determinará de acuerdo con los procedimientos que implican una **evaluación individual de las necesidades financieras** y pueden:
  - a. Incluir el uso de fuentes de datos externos y disponibles públicamente que proporcionen información sobre la capacidad del paciente o del garante del paciente para pagar (por ejemplo, la puntuación de crédito);
  - b. Incluir los esfuerzos razonables por FMOLHS para explorar fuentes alternativas adecuadas de pago y la cobertura de los programas de pago públicos y privados, y ayudar a los pacientes a solicitar este tipo de programas;

c. Tener en cuenta los activos disponibles del paciente, y todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente.

**B. Se requiere la verificación de los ingresos** para cualquier solicitud de asistencia financiera. Se deben presentar los siguientes documentos:

a. Una solicitud de asistencia financiera completa

b. El carnet de identidad o identificación legal

c. Las declaraciones de impuestos más recientes del paciente/garante, los familiares que viven en la casa, y los dependientes presentados en la declaración de impuestos del paciente/garante. Si el paciente/garante no está obligado a presentar los impuestos federales (debido a los bajos ingresos o a la falta de ellos), se requiere una declaración de parte del Servicio de Impuestos Internos.

d. Una prueba de ingresos del paciente/garante, miembros de la familia que viven en la casa, y los dependientes presentados en la declaración de impuestos del paciente/garante.

i. Si está empleado: los 3 últimos recibos de pago, el estado de cuenta bancario de los 3 últimos meses, la última W-2 disponible.

ii. Si trabaja por cuenta propia: declaración de ingresos mensuales del trabajo por cuenta propia o una copia del libro de contabilidad/resumen de la cuenta corriente comercial.

iii. Si está desempleado: una copia de la información sobre los beneficios de seguro social por discapacidad, otros ingresos/beneficios del seguro social, 1099R, pensiones, asistencia pública, compensación de trabajadores, fideicomiso, desempleo, beneficios para militares, manutención y pensión alimenticia; cheques de asistencia pública; cheques de jubilación; y/o declaración notarial de apoyo.

C. Las solicitudes de asistencia financiera se procesarán rápidamente y HHL deberá **notificarle al paciente o al solicitante por escrito dentro de los 30 días de la recepción de una solicitud completa.**

D. Las desgravaciones de asistencia financiera se aplicarán a la **fecha de servicio en la que se inició la solicitud de asistencia financiera** y para fechas futuras del servicio dentro de los siguientes seis meses. NOTA: la verificación del seguro se realizará para cada episodio de atención médica para determinar si el paciente permanece sin seguro.

E. Los pacientes deben **hacer otra vez su solicitud** de asistencia financiera después del período de seis meses en el que se aprobó la solicitud original.

### **III. ELEGIBILIDAD Y CANTIDAD DE DESGRAVACIÓN:**

La elegibilidad para la desgravación se determina en función del número de personas en el hogar y del ingreso familiar anual como un porcentaje del nivel federal de pobreza (FPL).

FMOLHS utilizará los lineamientos federales de pobreza del *Registro Federal*, según lo dispuesto en el *Anexo A*. Estos lineamientos se actualizarán anualmente.

- A. Los pacientes sin seguro cuyos ingresos familiares estén en o **por debajo del 200%** en el FPL tendrán derecho a una desgravación completa de todos los gastos del hospital, excluyendo los depósitos regulares que hayan sido pagados previamente, suponiendo que los pacientes cumplan con los demás criterios de elegibilidad establecidos en la FAP.
- B. Los pacientes sin seguro cuyos ingresos familiares **excedan el 200%** del FPL podrán calificar para la asistencia médica para enfermedades **catastróficas**, dependiendo de las circunstancias financieras particulares del paciente. Si las facturas médicas del paciente de los 12 meses previos al tratamiento son mayores que o igual al veinte por ciento (20%) de sus ingresos familiares anuales, el paciente podrá obtener una asistencia financiera en forma de atención gratuita.
- C. Los pacientes **infrasegurados** (véase la sección de definiciones) serán tratados como pacientes **no asegurados** para propósitos de la asistencia financiera.

#### **IV. ASISTENCIA FINANCIERA DE ELEGIBILIDAD PRESUNTIVA**

- A. La presunta elegibilidad para la asistencia financiera se produce cuando el hospital utiliza una información distinta a la proporcionada por el individuo para determinar la elegibilidad para la atención gratuita. Las cuentas que cumplan los criterios presuntivos tendrá una desgravación del 100%.
- B. Un paciente podrá ser elegible para la asistencia financiera, incluso si no tiene ningún formulario de asistencia financiera archivado, en los casos en los que el paciente u otras fuentes puedan proporcionar suficiente evidencia de presunta elegibilidad. En estos casos, la actividad de recopilación (de conformidad con las acciones descritas más abajo en la sección V) continuará mientras se completa la debida diligencia o hasta que la cuenta del paciente sea revisada. En el *Anexo B* se incluye una lista de la información obtenida de otras fuentes.
- C. También se podrá usar un sistema de puntuación para determinar si un paciente es elegible para la asistencia financiera de presunción. El sistema de puntuación es similar a la puntuación de crédito y es generado por un vendedor aprobado por HHL. Sólo aquellas cuentas que estén por debajo del nivel mínimo del sistema de puntuación serán consideradas para la asistencia financiera de elegibilidad presuntiva. Si a un paciente se le ha denegado la asistencia financiera debido a la falta de cumplimiento o al descubrimiento de ingresos, él/ella no será elegible para una presunta asistencia financiera de desgravación.

## **V. ACCIONES DE COBRO**

- A. En caso de impago por parte del paciente/garante, el hospital llevará a cabo las siguientes **acciones de cobro**: envío de estados de cuenta, llamadas a los pacientes por saldos pendientes, transferencia de las cuentas a las agencias de facturación o de recolección para el seguimiento y presentación de reclamos en los procedimientos de quiebra. El hospital también podrá participar en **las acciones de cobros extraordinarios (ECA)**, que incluyen: embargos de salarios, derechos de retención, presentación de informes a los organismos externos de crédito, ejecución hipotecaria, embargo de cuentas bancarias, embargo de propiedad personal y demandas.
- B. El hospital hará **esfuerzos razonables** para determinar si una persona es elegible para recibir una atención gratuita antes de iniciar las ECA. Los esfuerzos razonables incluyen:
- a. Notificar a la persona acerca de la FAP (incluyendo esfuerzos razonables para notificar a la persona oralmente sobre la póliza y sobre cómo obtener asistencia);
  - b. Abstenerse de cualquier acción de cobro extraordinario por un período de al menos 120 días a partir de la fecha en que el centro hospitalario emita el primer estado de cuenta posterior a la alta por motivo de la atención; y
  - c. Proporcionar al individuo una notificación escrita que indique que la asistencia financiera está disponible para las personas elegibles y notifique a la persona (con al menos 30 días de antelación) el tipo de ECA que el hospital tiene la intención de iniciar, así como la fecha límite después de la cual se puedan iniciar las ECA. Esta notificación escrita también incluirá un resumen de la FAP en un lenguaje claro.
- C. Las solicitudes de asistencia financiera serán procesadas **hasta 240 días después de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta**. El centro hospitalario no tiene la obligación de procesar las solicitudes recibidas después de dicha fecha. Tras la recepción de una solicitud oportuna, cualquier ECA que haya sido iniciada se suspenderá temporalmente mientras la aplicación se encuentre en proceso.
- D. Si una persona presenta una solicitud incompleta durante el período de 240 días que comienza después del primer estado de cuenta posterior al alta, se deberán realizar todas las medidas posibles además de las comentadas anteriormente antes de que se inicien o reanuden las ECA. El hospital notificará a la persona acerca de cómo completar la solicitud, incluyendo un aviso por escrito que describa la información adicional requerida y/o documentación que deberá ser presentada. El aviso por escrito también contendrá información de contacto de cómo obtener más información sobre el



proceso FAP y cómo obtener ayuda con el proceso de solicitud. El centro hospitalario le ofrecerá a la persona una oportunidad razonable para proporcionar la información faltante antes de iniciar o reanudar las ECA.

- E. Una vez que se haya presentado una solicitud completa, el hospital la procesará de manera oportuna y notificará al individuo por escrito si cumple con los requisitos o no y la motivo de dicha resolución. El hospital hará todo lo posible para revertir cualquier ECA tomada en contra del individuo en relación con los importes que ya no se adeudan.
- F. HHL no impondrá las ECA a ningún paciente sin antes tomar las medidas razonables para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera bajo esta póliza de asistencia financiera. El gerente del departamento de admisiones en cada hospital tiene la autoridad máxima y es responsable de determinar que se hayan tomado las medidas razonables para que las ECA sean permisibles.

## **VI. DEFINICIONES:**

A los efectos de esta póliza, se definen los siguientes términos:

**Subsidio contractual:** la diferencia entre el nivel de pago establecido en virtud de un acuerdo contractual con un tercero pagador y los gastos brutos del paciente.

**Acciones de cobros extraordinarios (ECA):** las ECA se aplican cuando el centro hospitalario influye en los informes de crédito o inicia procesos legales tales como gravámenes, embargos, incautación de cuentas bancarias o bienes personales, embargo de salario y/o arresto. Las ECA no incluyen: llamadas a los pacientes por saldos pendientes; envíos de estados de cuenta; o la presentación de una alegación en un procedimiento de quiebra.

**Cuidados de emergencia:** el paciente requiere intervención médica inmediata debido a una enfermedad grave, potencialmente mortal o incapacitante. En general, el paciente es visto y/o admitido en la sala de emergencias. Véase la sección 1867 de la Ley de Seguridad Social (42 U.S.C. 1395dd).

**Asistencia financiera:** la asistencia financiera se define como los servicios médicos proporcionados sin costo alguno a los pacientes que no tienen seguro o que tienen un seguro insuficiente y no tienen una posibilidad de pago con base en el nivel de ingreso (como se establece en los Lineamientos Federales de Pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.), el análisis financiero, los indicadores demográficos y/o necesidades de salud adicionales basadas en el diagnóstico. La asistencia financiera no incluye: subsidios contractuales de los programas gubernamentales y subsidios contractuales de seguros.

**Familia:** con base en la definición de la Oficina de Censo, un grupo de dos o más personas que viven juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción.

**Ingresos familiares:** con base en los lineamientos de la Oficina del Censo, al calcular los ingresos familiares se toma en cuenta lo siguiente:

- Ingresos, indemnización por desempleo, indemnización de empleados, seguridad social, ingreso suplementario de seguridad, asistencia pública, pago de los trabajadores veteranos, prestaciones de supervivencia, ingresos de pensiones o de jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de propiedades, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención, asistencia de una fuente fuera del hogar y otras fuentes diversas;
- Determinado sobre una base antes de impuestos;
- Incluye los ingresos de todos los miembros de la familia que residen juntos y los dependientes en la declaración de impuestos. (Las personas que no sean parientes, como los compañeros de vivienda, no serán considerados).
- En caso de los dependientes que viven fuera del hogar, el ingreso familiar deberá incluir el ingreso del dependiente junto con el ingreso de aquellos que presente el dependiente en su declaración de impuestos.
- Los ingresos de la familia también incluyen recursos o propiedades que se puedan convertir con facilidad en efectivo; incluyendo, pero no limitándose a, las cuentas corrientes, cuentas de ahorro, acciones, bonos, certificados de depósito y dinero en efectivo. Las cuentas IRA y 401K están excluidas hasta que se retire el dinero.

**Lineamientos federales de pobreza:** una simplificación de los umbrales de pobreza de la Oficina del Censo con fines administrativos, como la determinación de la elegibilidad financiera. Cada año, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) publica los lineamientos contenidos en el Registro Federal.

**Gastos brutos:** gastos totales con base en las tarifas completas establecidas por el hospital para la prestación de servicios de atención al paciente antes de aplicar las deducciones.

**Cuidado médico necesario:** cuidado médico adecuado y necesario para el tratamiento de los síntomas presentados, tal y como han sido definidos por Medicare y terceros pagadores

**Asistencia financiera presuntiva:** ayuda concedida sobre la base de un sistema de puntuación u otras fuentes de datos que proporcionan suficiente evidencia de elegibilidad. No se requiere un formulario financiero en el expediente para la aprobación de la asistencia financiera presuntiva.

**Paciente no asegurado:** una persona que recibe servicios de salud sin tener seguro médico y que no calificará para los programas estatales y/o federales.

**Paciente infrasegurado:** una persona que recibe servicios de salud y que dispone de un

seguro de asistencia privado, pero cuya cobertura no cubre el cuidado específico. Los pacientes con seguros comerciales generalmente no son elegibles para desgravaciones en forma de asistencia financiera debido a los planes de salud y los requisitos legales relacionados con la facturación a los pacientes por su parte del costo compartido total de los servicios prestados. Sin embargo, si la cobertura de terceros no proporciona beneficios para los servicios hospitalarios debido a las exclusiones del plan de salud, las condiciones preexistentes, el período de espera previo a la elegibilidad, o el agotamiento de las prestaciones, el paciente podrá ser considerado como no asegurado y elegible para un ajuste de la asistencia financiera por los servicios no cubiertos. Esto no se aplica cuando la cobertura de terceros no proporciona cobertura en un centro FMOLHS para servicios que de otro modo serían autorizados en la red de proveedores del pagador.

**ANEXOS:**

- Anexo A: lineamientos del FPL**
- Anexo C: asistencia financiera presuntiva**
- Anexo D: depósitos estándares**

**Anexo A: lineamientos de FPL**

Los lineamientos de FPL con fecha de abril del 2016 son los siguientes:

**Lineamientos de pobreza del año 2016: anuales**

48 estados contiguos y D.C.

Personas en la familia/hogar	Lineamientos de pobreza de 48 estados contiguos y D.C. (Anual)							
	100%	133%	138%	150%	200%	250%	300%	400%
1	\$11.880	\$15.800	\$16.394	\$17.820	\$23.760	\$29.700	\$35.640	\$47.520
2	\$16.020	\$21.307	\$22.108	\$24.030	\$32.040	\$40.050	\$48.060	\$64.080
3	\$20.160	\$26.813	\$27.821	\$30.240	\$40.320	\$50.400	\$60.480	\$80.640
4	\$24.300	\$32.319	\$33.534	\$36.450	\$48.600	\$60.750	\$72.900	\$97.200
5	\$28.440	\$37.825	\$39.247	\$42.660	\$56.880	\$71.100	\$85.320	\$113.760
6	\$32.580	\$43.331	\$44.960	\$48.870	\$65.160	\$81.450	\$97.740	\$130.320
7	\$36.730	\$48.851	\$50.687	\$55.095	\$73.460	\$91.825	\$110.190	\$146.920
8	\$40.890	\$54.384	\$56.428	\$61.335	\$81.780	\$102.225	\$122.670	\$163.560

Añadir \$4.160 por cada persona mayor de 8.

## ANEXO B. Asistencia financiera presuntiva

La información obtenida a partir de fuentes diferentes al paciente puede ser utilizada para determinar la elegibilidad presuntiva. Tal información incluye la evidencia de que el paciente está participando en una o más de las siguientes:

1. Programas de prescripción financiados por el estado;
2. LACHIP, viviendas subvencionadas, comedores escolares gratuitos o de precio reducido, etc. para los niños del paciente/garante;
3. Programa de cupones de alimentos de Louisiana;
4. Programa estatal de Medicaid. Para los pacientes que tienen cobertura de Medicaid, la determinación de la asistencia financiera se basará en la información del programa de Medicaid, incluyendo pruebas de que:
  - El paciente se encuentra actualmente en Medicaid, pero tiene un saldo previo en un periodo de 12 meses desde la fecha de aprobación.
  - El paciente actualmente posee Medicaid con beneficios limitados (sólo cubre la planificación familiar).
  - El paciente se encuentra en un hospicio y sólo tiene Medicaid.
  - El paciente tiene Medicaid a través de un estado no contratado.
  - El paciente califica para Medicaid con un "requisito spend-down".
  - El paciente es elegible para otros programas de asistencia estatales o locales que no se encuentran financiados (por ejemplo, spend-down de Medicaid );
  - El paciente ha fallecido sin un tercero responsable conocido o herencia. Los esfuerzos de diligencia debida para verificar los bienes raíces deberán ser documentados a través de la página web del hospital aprobado.

Adicionalmente, el paciente podrá ser elegible para la asistencia financiera si existe un testimonio independiente y calificado de que el paciente es indigente.

**ANEXO C. Depósitos estándares**

Hospitales	Depósito estándar de procedimiento quirúrgico	Depósito estándar de radiología	Todos los demás depósitos estándares de servicio
Heart Hospital of Lafayette	\$200	\$10	\$10