

Premier Facility: (select all that apply)	☒ Atrium Medical Center	☐ Fidelity Health Care
	☐ Premier System Support	☒ Miami Valley Hospital
	☐ Samaritan Behavioral Health	☒ Premier Physician Network
	☐ Compunet Clinical Laboratory	☒ Upper Valley Medical Center
Título:	Política de Asistencia Financiera	Fecha entrada en vigor: 01/01/2026
Responsable Dept.	Servicios Financieros para Pacientes y Servicios de Acceso para Pacientes	
Autor	Bernadette Mays-Long, Gerente de Elegibilidad y Regulación de Medicaid; reversión 6	

OBJETIVO

Establecer directrices sobre cuándo los Hospitales Premier Health y la Red de Médicos Premier pueden brindar atención médica gratuita o con descuento a sus pacientes bajo su Programa de Asistencia Financiera. Esta política aplica a todos los Hospitales Premier Health, incluyendo Miami Valley Hospital, Miami Valley Hospital North, Miami Valley Hospital South, Atrium Medical Center y Upper Valley Medical Center, así como a todos los médicos de la Red de Médicos Premier. En esta política, todos los hospitales se denominan colectivamente "Hospitales Premier Health". Todos los proveedores de la Red de Médicos Premier se denominan colectivamente "PPN".

ALCANCE

Todas las instalaciones hospitalarias y los médicos de PPN brindan servicios hospitalarios y médicamente necesarios.

DEFINICIONES

Monto Generalmente Facturado (AGB, por sus siglas en inglés): El monto generalmente facturado a los pacientes asegurados por emergencias o atención médicamente necesaria.

Activos: Activos de liquidez que se pueden convertir fácilmente en efectivo en un corto período de tiempo. Ejemplos de los activos incluyen saldos de efectivo en cuentas corrientes, cuentas de ahorro, certificados de depósito, acciones y bonos.

Atención de emergencia: Atención inmediata que es necesaria para evitar que la salud del paciente se vea gravemente afectada, este en peligro, o este deteriorando grave de las funciones corporales y/o disfunción grave de cualquier órgano o partes del cuerpo.

Acciones extraordinarias de cobranza (ECAs): Acciones que requieren proceso legal o judicial (gravámenes, ejecuciones hipotecarias, embargos), vender la deuda de una persona a otra parte, reportar información adversa a agencias o agencias de crédito, o diferir o negar la atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de cuidado.

Familia: Una "familia" incluirá al paciente, el cónyuge del paciente (independientemente de si viven o no en el y todos los hijos naturales o adoptivos del paciente, menores de dieciocho años, que vivan en el hogar. Si el paciente es menor de dieciocho años, la "familia" incluirá al paciente, el paciente natural o adoptivo padre(s) (independientemente de si viven en el hogar), y los hijos naturales o adoptivos de los padres la edad de dieciocho años que vivan en el hogar. Si el paciente es hijo de un padre menor de edad que aún reside en el hogar de los abuelos del paciente, la "familia" incluirá únicamente a los padres y a cualquiera de los padres, hijos, naturales o adoptivos, que residan en el domicilio del menor de edad.

Pautas Federales de Pobreza (FPG): Pautas de pobreza actualizadas periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. bajo la autoridad de 42 U.S.C. 9902(2).

Póliza de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés): Una póliza hospitalaria que considera los ingresos, los bienes y el tamaño de la familia que determine un descuento para los pacientes.

Programa de Asistencia Financiera: El programa mediante el cual los Hospitales Premier Health y PPN administran el FAP.

Cargos brutos: el monto total cobrado por artículos y servicios antes de cualquier descuento, contractual se aplican bonificaciones o deducciones.

Cuenta de ahorros para la salud (HSA): Cuenta de ahorros deducible de impuestos establecida por participantes con deducible alto planes de salud. Este dinero debe usarse para pagar los gastos médicos actuales y del futuro.

Programa de Garantía de Atención Hospitalaria (HCAP): HCAP es el mecanismo de Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio para cumplir con el requisito federal de proporcionar pagos adicionales a los hospitales que proporcionan una proporción desproporcionada de servicios no compensados para aquellos que no son elegibles para la cobertura de Medicaid.

Ingresos: Los ingresos se definen como el total de sueldos, salarios, retiros mensuales de jubilación y recibos de efectivo antes de impuestos. En el caso de las personas que trabajan por cuenta propia y en el sector agrícola, los recibos que reflejen. Se contabilizarán los gastos de la empresa. Otras fuentes de ingresos pueden incluir, entre otras, pensión alimenticia, manutención de los hijos, beneficios para veteranos y compensación por desempleo.

Atención médicamente necesaria: Los servicios básicos de nivel hospitalario médicamente necesarios son aquellos que se definen como todos servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios cubiertos por el programa Medicaid en el Capítulo 5160-2-07.17 de la Código Administrativo, con excepción de los servicios de trasplante y los servicios asociados con trasplante. Los procedimientos cosméticos y electivos, o las complicaciones relacionadas con ellos, no están disponibles para descuento bajo esta póliza.

Incumplimiento: La falta de cooperación de un paciente o garante con las solicitudes de información del hospital, pagador/recurso externo, o agentes del hospital o pagador/recurso externo.

Hospitales Premier Health: A los efectos de esta política, Premier Health se define como Miami Valley Hospital, Miami Valley Hospital North, Miami Valley Hospital South, Atrium Medical Center y Upper Valley Medical Center.

Red de Médicos Premier: A los efectos de esta política, la Red de Médicos Premier (PPN) se define como una amplia variedad de médicos de atención primaria y especialistas médicos empleados y afiliados al sistema hospitalario Premier Health.

Elegibilidad presunta: El proceso por el cual los Hospitales Premier Health pueden utilizar la elegibilidad previa determinaciones y/o información de fuentes distintas a la persona para determinar la elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera.

Recurso de terceros: Cualquier persona o entidad que pueda ser responsable de la cuenta o pago de los gastos médicos de un paciente. Esto incluye la cobertura que puede extenderse al paciente a través de otra persona, entidad o póliza. Tercero – Los terceros recursos pueden incluir, entre otros, los siguientes:

1. Seguro de enfermedad
2. Planes de salud de beneficios limitados
3. Planes de salud con deducible alto

4. Planes ERISA
5. Cobertura de compensación para trabajadores
6. Cuentas de ahorro para gastos médicos y cuentas de ahorros para la salud del paciente
7. Planes de beneficios para empleados
8. Seguro de automóvil
9. Pagos médicos o cobertura PIP
10. Cobertura de automovilistas con seguro insuficiente o sin seguro
11. Planes de seguro de indemnización
12. Cobertura sombrilla
13. Seguro de responsabilidad civil
14. Cobertura de responsabilidad civil a terceros
15. Beneficios o seguros del gobierno
16. Cualquier otra persona o entidad que Premier Health Hospital y los representantes de PPN identifiquen
17. Otra cobertura para la totalidad o parte de la factura del paciente

Paciente sin seguro: Un paciente sin seguro es un paciente que no tiene otra fuente de pago o reembolso de los cargos relacionados con su atención médica.

POLÍTICA

Los Hospitales Premier Health y PPN se comprometen a brindar asistencia financiera a las personas que requieren atención de emergencia o médicamente necesaria y cumplen con los requisitos de elegibilidad del Programa de Asistencia Financiera descritos en esta política. Los Hospitales Premier Health y PPN se esfuerzan por garantizar que las dificultades económicas de las personas no les impidan buscar o recibir atención de emergencia o médicamente necesaria.

Los Hospitales Premier Health y PPN brindan atención médica de emergencia a personas, sin discriminación e independientemente de su capacidad de pago, de conformidad con la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto (EMTALA), independientemente de su elegibilidad bajo esta política. Los Hospitales Premier Health y PPN prohíben cualquier acción que disuada a las personas de buscar atención médica de emergencia, como exigir que un paciente de urgencias pague antes de recibir tratamiento para afecciones médicas de emergencia o permitir actividades de cobro de deudas que interfieran con la prestación de la atención médica de emergencia.

PROVISIONES

PROGRAMAS: Los Hospitales Premier Health ofrecen servicios gratuitos o con descuento, y la Red de Proveedores de Atención Primaria (PPN) ofrece servicios con descuento a pacientes elegibles para atención de emergencia o atención médicamente necesaria. Los programas de los Hospitales Premier Health incluyen lo siguiente:

1. Programa de aseguramiento de la atención hospitalaria (HCAP). El programa HCAP es el mecanismo del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio (ODJFS, por sus siglas en inglés) para cumplir con el requisito federal de proporcionar pagos adicionales a los hospitales que brindan una parte desproporcionada de servicios no compensados a aquellos
2. que no son elegibles para la cobertura de Medicaid. **La PPN está excluida del programa HCAP.** Este programa solo aplica a hospitales.
3. Programa de Asistencia Financiera. El programa de asistencia financiera proporciona asistencia de acuerdo con el Apéndice A de esta política para la atención de emergencia y la atención médicamente necesaria.
4. Programa de Asistencia Catastrófica. El programa de asistencia catastrófica es para pacientes que ganan más del 300% del FPG, a quienes Premier Health, a su discreción, ha determinado que no pueden pagar una parte de sus facturas médicas porque sus facturas médicas superan el 10% de los ingresos y activos anuales de su familia, aunque tengan suficientes ingresos y/o activos elegibles que

de otro modo excedan los requisitos de elegibilidad generalmente aplicables para atención gratuita o con descuento bajo esta póliza.

5. En los casos en que no se aplique ninguno de los programas anteriores, Premier Health se reserva el derecho de considerar también una solicitud de Asistencia Catastrófica caso por caso para pacientes que demuestren que una dificultad financiera es catastrófica, inusual o extraordinaria. Tanto el Programa de Asistencia Financiera como el Programa de Asistencia Catastrófica son programas de último recurso, lo que significa que si otro programa estatal o federal está disponible para brindar asistencia, o si hay otros recursos de terceros disponibles para pagar la atención de un paciente o reembolsar al paciente los cargos relacionados con esa atención, ese programa o recurso debe agotarse antes de que el paciente sea elegible para los programas de los Hospitales Premier Health.

Los pacientes que no califican para uno de los programas mencionados anteriormente y, por lo tanto, no califican como elegible bajo esta póliza, puede ser elegible para otros descuentos por emergencia o servicios médicamente necesarios que se administran fuera de esta política.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD:

El Programa de Asistencia Financiera de Hospitales de Premier Health está disponible para pacientes que cumplan con los criterios descritos en el Apéndice A y que no califican para Medicaid, HCAP u otros programas patrocinados por el gobierno. Los pacientes que buscan asistencia bajo esta póliza solo son elegibles bajo el Programa de Asistencia Financiera después de todos los Recursos de Terceros se agotan a satisfacción de los Hospitales de Premier Health. Para los pacientes: se espera que cooperen con las solicitudes de información de los Hospitales Premier Health, terceros pagadores/recursos, o agentes de los Hospitales Premier Health o pagadores/recursos de terceros. Pacientes con ingresos dentro de las pautas de Medicaid serán evaluados para Medicaid y deben completar el proceso de solicitud para ser elegible para recibir asistencia financiera.

La asistencia financiera solo se proporciona para la atención que se considera atención de emergencia o atención médicamente necesaria después de que se haya determinado que los pacientes cumplen con los criterios financieros establecidos descritos en esta política. Primero el ministro de los hospitales de salud ofrecen atención gratuita y atención con descuento, según el tamaño de la familia, los ingresos y la vida de la persona activos como un porcentaje de las Pautas Federales de Pobreza, como se identifica en el Apéndice A de esta política. Adicionalmente los Hospitales Premier Health pueden usar los bienes de una familia para determinar si un paciente cumple con los requisitos de los criterios de elegibilidad para la asistencia financiera. Se espera que los pacientes que reciben un descuento paguen el saldo restante, y pueda trabajar con los asesores financieros de los Hospitales Premier Health para establecer un plan de pago basado en su situación financiera.

Los Hospitales Premier Health no cobrarán a los pacientes que sean elegibles para el Programa de Asistencia Financiera más para atención de emergencia o atención médicamente necesaria que el AGB establecido descrito en esta política. Los pacientes para los que Premier Health determina que califican para el programa de Asistencia Catastrófica de Premier Health no se cobrará más que el AGB.

PPN cumple con todas las pautas y criterios establecidos por los Hospitales Premier Health para los requisitos de elegibilidad del Programa de Asistencia Financiera.

DETERMINACIÓN DEL MONTO DEL DESCUENTO:

Para calcular el AGB, Premier Health utiliza el método de "retrospección" descrito por el IRS y la norma final 501(r)(5) del Departamento del Tesoro.

1. Con este método, los Hospitales Premier Health utilizan datos basados en las reclamaciones permitidas por Medicaid en combinación con la tarifa por servicio de Medicare y todas las aseguradoras de salud privadas que pagan reclamaciones al hospital durante el período de 12 meses anterior. Cada hospital calcula su AGB por separado, sin embargo, los Hospitales Premier Health utilizan el mismo descuento para todos los Hospitales Premier Health que brindan el beneficio más generoso al paciente.

2. Luego, el porcentaje de AGB se multiplica por los cargos brutos de atención de emergencia y atención médicamente necesaria para determinar el AGB. Los hospitales Premier Health vuelven a calcular el porcentaje cada año. Consulte el Apéndice (A) para conocer los porcentajes y descuentos actuales de AGB. La tasa AGB calculada debe aplicarse a más tardar el día 120 después del período de 12 meses.
3. Al paciente elegible del Programa de Asistencia Financiera se le cobrará solo la cantidad que él o ella es personalmente responsable de pagar, después de que se hayan aplicado todas las deducciones, descuentos y reembolsos del seguro. El descuento mínimo resultante de los cálculos de AGB se aplica a la cantidad que el paciente es personalmente responsable de pagar, en lugar de la cuenta total.

PROCESO DE SOLICITUD:

Para solicitar asistencia financiera, los pacientes deben presentar una solicitud completa que incluya apoyo documental a pedido, en persona, por correo, por correo electrónico o a través de MyChart.

1. Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera a través del Programa de Asistencia Financiera antes, durante o después de recibir atención de emergencia o médicamente necesaria, hasta 240 días después de la primera declaración posterior al alta.
2. Las solicitudes del Programa de Asistencia Financiera, que se utilizan tanto para HCAP como para el Programa de Asistencia Financiera de Premier Health Hospitals, están disponibles en las áreas de registro y asesoramiento financiero de los hospitales, y en los sitios web de los Hospitales Premier Health. Las personas también pueden solicitar las solicitudes por correo enviando una solicitud a Hospitales Premier Health, PO Box 932715, Cleveland, OH 44193. Las solicitudes también están disponibles en el reverso del estado de cuenta del paciente. Las solicitudes están disponibles en inglés y en español.
3. El horario de oficina de Asesoramiento Financiero es generalmente de 8 a.m. a 7 p.m. de lunes a viernes y se puede contactar llamando al 937-499-7364. Los servicios bilingües generalmente están disponibles para personas que hablan español.
4. Las solicitudes deben estar firmadas por el paciente o su representante. La información de la solicitud debe completarse en cuanto al nombre del solicitante. Las solicitudes completas se pueden proporcionar a cualquier empleado de registro, asesor financiero, correo electrónico, MyChart, o se pueden enviar por correo a Hospitales Premier Health, PO Box 932715, Cleveland, OH 44193.
5. Los asesores financieros de los Hospitales Premier Health pueden ayudar a los pacientes que solicitan asistencia financiera de Recursos de Terceros. Si el paciente no califica para los Recursos de Terceros, los Hospitales Premier Health revisará la solicitud del paciente para el Programa de Asistencia Financiera bajo esta póliza.
6. La información requerida en la solicitud se puede obtener mediante entrevista personal, conversación telefónica, información enviada por fax, correo electrónico y/o correo postal. Un cónyuge, pareja o miembro de la familia inmediata también puede proporcionar esta información a través de una entrevista personal.
7. Además de completar la solicitud, las personas deben estar preparadas para proporcionar la siguiente documentación:
 - a. Comprobante de ingresos del solicitante (y cónyuge si corresponde), como un talón de pago, talones de pago del seguro de desempleo o información suficiente sobre cómo los pacientes se mantienen financieramente actualmente.
 - b. Estado de cuenta
 - c. Declaración de Seguro Social
 - d. Declaración de impuestos - Anexo C para ingresos de trabajo por cuenta propia

e. Documentación de los bienes de la familia

8. Los Hospitales Premier Health pueden usar, como excepción, una determinación previa de elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera como base para determinar la elegibilidad actual en caso de que la persona no proporcione suficiente documentación para respaldar una determinación de elegibilidad. Además, no será necesario repetir una solicitud para los servicios hospitalarios posteriores que ocurran dentro de los seis (6) meses posteriores a la fecha de servicio a la que se aplica la solicitud firmada.
9. Una vez que se recibe una solicitud completa, se revisa y se compara con los porcentajes de descuento apropiados. Los porcentajes de descuento están incluidos en el Apéndice A de esta póliza. Una vez que se haya establecido la elegibilidad para la asistencia financiera, los Hospitales Premier Health no cobrarán a los pacientes que sean elegibles para la asistencia financiera más que el AGB para la atención de emergencia o la atención médicamente necesaria.
10. Para los pacientes aprobados para recibir asistencia financiera en virtud de esta póliza, Hospitales Premier Health reembolsará cualquier pago realizado por el paciente en montos que excedan el monto que el paciente adeuda de acuerdo con el porcentaje de descuento del Programa de Asistencia Financiera.
11. Después de que se haya realizado el ajuste de asistencia financiera, cualquier saldo restante del paciente se tratará de acuerdo con la sección de Política de cobro a continuación. Los términos de pago se establecerán en función de la política de Premier Health para los arreglos de pago. Si un paciente no puede cumplir con las pautas de pago establecidas, un representante autorizado de Servicios Financieros para pacientes puede aprobar una excepción que permita plazos de pago más largos.
12. Una vez que se haya otorgado la elegibilidad para la asistencia financiera, se puede determinar que todos los saldos abiertos de pago por cuenta propia para las fechas de servicio prestados dentro de los tres (3) meses anteriores a la fecha de la fecha de servicio aprobada son elegibles.
13. Solicitud de Asistencia Catastrófica: Después de que un paciente haya completado una solicitud del Programa de Asistencia Financiera y se haya determinado que no es elegible para el HCAP o el Programa de Asistencia Financiera, o que no ha cumplido con los demás criterios de elegibilidad, Premier Health se reserva el derecho de considerar una solicitud de Asistencia Catastrófica caso por caso para los pacientes que Premier Health determine que son elegibles sobre la base de una situación financiera inusual que crea una situación catastrófica, inusual o extraordinaria. Para solicitar el programa de Asistencia Catastrófica, el paciente debe enviar una carta describiendo las circunstancias inusuales y solicitando consideración junto con cualquier documentación de respaldo a: Hospitales Premier Health, PO Box 932715, Cleveland, OH 44193. La consideración de una asistencia catastrófica requiere que el paciente declare todos los activos, incluidas las inversiones u otras propiedades de valor significativo, acciones, bonos, cualquier acuerdo que se haya recibido y todas las demás fuentes de activos o ingresos.
14. PPN sigue todas las pautas y criterios establecidos por los Hospitales Premier Health para el Programa de Asistencia Financiera para los requisitos de solicitud.

ELEGIBILIDAD PRUNTATIVA:

Hay casos en los que un paciente puede ser elegible para el Programa de Asistencia Financiera sin un Solicitud completada en el archivo. La elegibilidad presunta puede determinarse sobre la base de la vida individual circunstancias que incluyen, entre otras, las siguientes:

1. Personas sin hogar o recibir atención de una clínica para personas sin hogar.
 - a. Pacientes encarcelados que no califican para Medicaid o fondos de recursos.

2. La dirección del paciente se considera vivienda de bajos ingresos o subsidiada.
3. El paciente ha fallecido sin patrimonio conocido.
4. El paciente es elegible para Medicaid o Medicaid Managed Care Plan en el momento de la revisión de la solicitud de asistencia financiera; o
5. El paciente es elegible para otros programas de asistencia estatales o locales no financiados.

Los Hospitales Premier Health y PPN podrán utilizar información adicional de fuentes externas, de conformidad con los requisitos legales aplicables, para determinar el tamaño estimado del hogar, los ingresos y los activos, con el fin de determinar la elegibilidad del paciente para el Programa de Asistencia Financiera. Estas fuentes incluyen, entre otras, informes crediticios, información de formularios de inscripción a seguros estatales o federales y otra información pública disponible. Los Hospitales Premier Health podrán utilizar los ingresos y activos basándose en cálculos con un plazo de tres meses.

Los pacientes elegibles para la elegibilidad presunta serán descontados de acuerdo con el Apéndice A. Pacientes presuntamente elegible para recibir menos de la asistencia más generosa bajo el Programa de Asistencia Financiera puede enviar la información adicional descrita en esta política para su revisión.

POLÍTICA DE COBRO: ACCIONES EN CASO DE IMPAGO

Los Hospitales Premier Health harán todos los esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible para asistencia financiera bajo el Programa de Asistencia Financiera antes de que se involucre en Cobros Extraordinarios Acciones (ECAs). Los Hospitales Premier Health no iniciarán ninguna ECA durante al menos ciento veinte (120) días a partir de la fecha en que el centro hospitalario proporciona el primer estado de cuenta posterior al alta para la atención.

Antes de que se inicien las ECA, los Hospitales Premier Health:

1. Proporcionara una notificación por escrito a la persona que:
 - a. Indica que hay asistencia financiera disponible.
 - b. Identifica las ECA que Premier Health Hospitals u otros terceros autorizados tienen la intención de iniciar para obtener el pago de la atención.
 - c. Establecera una fecha límite después de la cual los Hospitales Premier Health pueden iniciar ECA que no sea antes de 30 días después de que se proporcione la notificación por escrito.
2. Proporcionara a la persona un resumen en lenguaje sencillo de la Política de Asistencia Financiera con la notificación por escrito.
3. Hara esfuerzos razonables para notificar oralmente a la persona sobre el Programa de Asistencia Financiera de Premier Health Hospitals y sobre cómo la persona puede obtener asistencia con el proceso de solicitud.

Si el paciente devuelve la solicitud como resultado de la notificación, la tramitación de la solicitud será acelerado.

Si se presenta una solicitud incompleta después de que los Hospitales Premier Health hayan iniciado adecuadamente las ECA, los Hospitales Premier Health suspenderá las ECA y proporcionará un aviso verbal y/o escrito que describa el información o documentación necesaria para completar la solicitud. Asesores financieros o agencia proporcionará la información de contacto del representante. Los ACE pueden continuar si el paciente no presenta el información solicitada dentro del plazo razonable previsto en las notificaciones.

Si se presenta una solicitud completa después de que se inicie el ACE, el ACE se suspenderá mientras la solicitud sea revisada para aprobación. Si el paciente es aprobado para recibir asistencia financiera en virtud de este póliza, los Hospitales Premier Health:

1. Notificara al paciente por escrito sobre la decisión dentro de los 30 días a partir de la fecha de la decisión.
2. Si el paciente es elegible para recibir atención menos que gratuita, proporcionara un estado de cuenta que indique el monto adeudado y cómo obtener más información sobre el AGB para la atención.

3. Reembolsara cualquier monto pagado por encima de los montos requeridos por el Programa de Asistencia Financiera.
4. Revertira cualquier ECA que se pueda revertir.

Si se determina que el paciente no es elegible para el Programa de Asistencia Financiera o no se presenta dentro del período de doscientos cuarenta (240) días, los Hospitales Premier Health puede iniciar ECA o reanudar los ACE que se hayan iniciado adecuadamente.

Tras la entrada en vigor de las ACE, las agencias de recogida externas estarán autorizadas a informarse sobre las cuentas de impagos a agencias de crédito, para presentar litigios, embargos, y obtener gravámenes judiciales. La aprobación previa se requiere un representante autorizado de los Hospitales Premier Health antes de que se puedan iniciar las ECA.

REQUISITOS REGLAMENTARIOS:

Al implementar esta política, los Hospitales Premier Health cumplirán con todas las demás normas federales, estatales y locales. Leyes, normas y reglamentos que puedan aplicarse a las actividades realizadas de conformidad con esta Política.

A solicitud del Contratista Administrativo de Medicare, CGS, los Hospitales Premier Health cumplirá con las leyes, reglas y regulaciones federales, estatales y locales a través de su informe de deudas incobrables, atención caritativa y asignaciones de cortesía de acuerdo con 42 CFR § 413.89 *Deudas incobrables, caridad y subsidios de cortesía*.

PROVEEDORES ELEGIBLES:

Esta política solo aplica a los Hospitales Premier Health y a los proveedores de PPN. Los pacientes de los Hospitales Premier Health y de los proveedores de PPN suelen recibir servicios de grupos médicos privados u otros proveedores externos. Estos proveedores de atención médica no están cubiertos por esta política y no participan en el Programa de Asistencia Financiera.

Sin embargo, estos proveedores pueden tener su propio programa de asistencia financiera. Una lista de estos proveedores se mantiene en un apéndice, que se actualiza trimestralmente, y no se adjunta a esta política. Las personas pueden: obtener fácilmente el apéndice de forma gratuita en el sitio web del Hospital de Premier Health individual o puede comunicarse con el departamento de servicio al cliente por teléfono al 937-499-7364.

CAMBIOS EN EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA:

Los Hospitales Premier Health, con la aprobación de la Junta Directiva de Premier Health, se reserva el derecho de enmendar los criterios por los cuales una persona califica para el Programa de Asistencia Financiera bajo esta política.

Pacientes preocupados por su capacidad para pagar los servicios o que desean obtener más información sobre la asistencia debe comunicarse con el departamento de servicio al cliente al 937-499-7364.

APÉNDICE A

% del nivel de pobreza	sin seguro	*Asegurado
0% - 100%	100%	100%
100% - 200%	100%	100%
200% - 300%	80%/AGB	80%/AGB

*Los porcentajes asegurados se aplican a los cargos no cubiertos determinados por el seguro como responsabilidad del paciente. Algunos ejemplos son los copagos determinados del seguro de costos compartidos, los deducibles y el porcentaje coaseguro.

Aprobación preliminar: Directores de Acceso de Pacientes
Director de Servicios Financieros para Pacientes
Vicepresidente del ciclo de ingresos
Vicepresidente de Atención Administrada y Reembolso

Aprobación final: Director Financiero y Junta Directiva del Hospital

Próxima fecha de revisión: 01/01/2027

Esta política es: ☐ Nuevo ☒ Revisado