



Dept. Responsable:	Admisiones
Número de la política:	ADMS-009
Nombre de la política:	Charity
Fecha de revisión:	14/5/2019
Fecha de revisión:	28/6/2016; 21/6/2018; 14/5/19
Reemplaza la política de fecha:	1/6/2013
Total de páginas:	12
	Adjuntos: 22

ALCANCE

Aplica a toda la atención de emergencia y otras atenciones médicamente necesarias proporcionadas por el Heart Hospital of Lafayette (HHL).

PROPÓSITO

El propósito de esta Política de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés) es especificar:

- Criterios de elegibilidad para la Asistencia Financiera en forma de atención gratuita;
- Cómo solicitar asistencia financiera;
- Cómo calcula el Hospital las cantidades cobradas a los pacientes;
- Cómo la FAP es ampliamente publicitada dentro de la comunidad atendida por el Hospital;
- Qué acciones puede tomar el Hospital en caso de impago; Y
- Cumplimiento de las leyes y regulaciones estatales y federales aplicables.

POLÍTICA

HHL se compromete a proporcionar asistencia financiera a aquellos que tienen necesidades de atención médica y no están asegurados o sus seguros no cubren la atención médicamente necesaria basado en su situación financiera individual. HHL se esfuerza por garantizar que la capacidad financiera de las personas que necesitan servicios de atención médica no les impida buscar o recibir atención.

1. Para **determinar** si una persona es **elegible** para la Asistencia Financiera, **la persona debe solicitar** Asistencia Financiera. Esta FAP describe cómo solicitar, así como especifica los criterios de elegibilidad que una persona debe cumplir para recibir Asistencia Financiera. La información y **documentación que debe** presentarse como parte de la solicitud FAP también se establece en esta FAP.
2. Esta FAP **se aplica a toda la atención de emergencia y otras atenciones médicamente necesarias proporcionadas por HHL** para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones. El Hospital determinará si un servicio es elegible para la Asistencia Financiera. Los servicios específicamente **excluidos** incluyen, entre otros, los siguientes:
 - a) Cuidado que no es médicamente necesario, incluyendo pero no limitado a
 - i. Procedimientos cosméticos, como aumento de senos, abdominoplastia, inyecciones de Bótox, blefaroplastia, exfoliaciones químicas, eliminación de etiquetas cutáneas, rellenos dérmicos, escleroterapia y tratamientos con láser dermatológico.
 - ii. Procedimientos dentales cosméticos

- iii. Cirugía bariátrica
 - iv. Circuncisión
 - v. Pruebas genéticas
 - vi. Terapia de reemplazo hormonal
 - vii. Terapia Stretta
- b) Artículos personales proporcionados durante una estancia hospitalaria, por ejemplo, bandejas de invitados, habitaciones privadas que no son médicamente necesarias.
 - c) Cargos resultantes de procedimientos que no están cubiertos por un seguro de terceros, a pesar de ser médicamente necesarios, debido a que el paciente no cumple con las pautas del pagador del seguro cuando un paciente recibe a sabiendas servicios en un hospital no contratado.
 - d) Accidentes automovilísticos en los que se persigue la responsabilidad de terceros para el pago de los gastos hospitalarios (por ejemplo, aquellos que afectan a pacientes sin seguro médico).
3. **Los servicios profesionales** proporcionados por médicos tratantes, asistentes médicos o médicos de práctica avanzada en el Departamento de Emergencias y todos los demás departamentos del Hospital, pueden o no estar cubiertos por esta FAP. Una lista de proveedores que prestan atención de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios en las instalaciones del Hospital se mantiene en un documento separado de la FAP y está disponible en el sitio web del Hospital (www.hearthospitaloflafayette.com). Los listados de sitios web especifican qué proveedores están cubiertos por esta FAP y cuáles no. Los pacientes pueden solicitar copias en papel, de forma gratuita, llamando al número de teléfono principal del Hospital (337-470-1000) y preguntando por el departamento de Admisiones.
 4. Si un paciente tiene **recursos de pago potenciales**, como, entre otros, el seguro de salud o los ingresos de liquidación de terceros, es posible que la persona no sea elegible para la Asistencia Financiera.
 5. La Asistencia Financiera no se considera un sustituto de la responsabilidad personal. **Se espera que los pacientes cooperen** con los procedimientos de HHL para obtener asistencia financiera u otras formas de pago, **y que contribuyan** al costo de su atención en función de su capacidad individual de pago. Se alentará a las personas con capacidad financiera para adquirir un seguro de salud a que lo hagan.
 6. Si un solicitante de FAP es o puede ser elegible para fondos de programas locales, estatales o federales que cubran algunos o todos los costos de los servicios de atención médica, se espera que el solicitante de FAP solicite dichos programas antes de que se realice una determinación de elegibilidad bajo este FAP. La asistencia financiera es generalmente **una opción de pago de último recurso** frente a todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente, incluyendo: seguro; programas gubernamentales, tales como, pero no limitado a beneficios del VA, Medicare, y Medicaid; responsabilidad de terceros; y activos personales, incluidos los activos líquidos existentes. El Hospital ayudará a las personas a solicitar programas gubernamentales.
 7. El Hospital no negará asistencia financiera bajo esta FAP basado en la falta de información o documentación que el Solicitante no especifique en esta FAP o en el formulario de solicitud

de FAP. El Hospital notificará por escrito a la persona la decisión sobre su elegibilidad bajo esta FAP y la base de la decisión.

8. Se protegerá la documentación de asistencia financiera obtenida de los pacientes; el acceso a esta documentación se limitará a aquellas personas esenciales para el proceso de Asistencia Financiera.
9. Las acciones que el Hospital pueda tomar en caso de impago se describen generalmente en esta FAP. **El Hospital hará esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible para recibir asistencia bajo esta FAP antes de participar en cualquier acción extraordinaria de cobro (ECA, por sus siglas en inglés).** Después de una determinación de elegibilidad de FAP, una persona elegible para FAP no recibirá más cargos por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que los Montos Generalmente Facturados (AGB, por sus siglas en inglés) a las personas que tengan seguro que cubra dicha atención.
10. Los cálculos de **Montos Generalmente Facturados (AGB)** se realizarán anualmente. Cualquier cambio necesario se implementará dentro de los 120 días posteriores al cálculo. El Hospital limitará los montos que cobra por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria proporcionada a las personas elegibles para asistencia financiera a los montos promedio generalmente facturados por pacientes asegurados comercialmente y Medicare. El AGB se determina multiplicando los cargos brutos por la atención elegible por un porcentaje de AGB. El porcentaje de AGB se basa en todas las reclamaciones permitidas por Medicare y las aseguradoras de salud privadas durante un período específico de 12 meses, dividido según los cargos brutos asociados por esas reclamaciones. Las copias escritas del porcentaje de AGB que se utiliza actualmente pueden obtenerse, de forma gratuita, llamando al número de teléfono principal (337) 470-1000.
11. La **notificación** sobre los programas de asistencia financiera de HHL se difundirá a través de diversos medios, que pueden incluir, pero no se limitan a, la publicación de avisos en las facturas de los pacientes y mediante la publicación de avisos en salas de emergencia y áreas de admisión, y en otros lugares públicos que HHL puede elegir. HHL también hará publicidad y dará a conocer ampliamente en los sitios web de las instalaciones lo siguiente: esta política de asistencia financiera, un resumen sencillo de la política y la solicitud de asistencia financiera. Estos documentos se facilitarán en los idiomas primarios que hablen las poblaciones de dominio limitado del inglés atendidas por HHL. Se proporcionarán copias en papel de estos documentos a los pacientes en la sala de emergencias y otras áreas de admisión a petición y por correo.
12. La administración y las instalaciones de HHL **deberán cumplir** con todas las demás **leyes, reglas y regulaciones** federales, estatales y locales que puedan aplicarse a las actividades realizadas de conformidad con esta Política.

PROCESO DE SOLICITUD

1. Para determinar si una persona califica para Asistencia Financiera, se requiere completar, firmar y enviar una solicitud de Asistencia Financiera, así como presentar la documentación requerida en esta política. Las solicitudes están disponibles en todos los Departamentos de

Admisiones y en el sitio web del Hospital. Las instrucciones para devolver la solicitud completada se detallan en la solicitud de asistencia financiera.

2. La disponibilidad de asistencia financiera se dará a conocer a los pacientes en la admisión o al dar de alta. Los Consejeros Financieros analizarán a los pacientes interesados y ayudarán a completar la solicitud de asistencia financiera. Los Consejeros Financieros están disponibles en el Hospital, en el Departamento de Admisiones, para ayudar a completar la solicitud o responder 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.
3. El paciente o el garante del paciente están obligados a proporcionar documentación personal, financiera y de otro tipo relevante para determinar la necesidad financiera **dentro de los treinta (30) días** de la solicitud de asistencia. El solicitante debe proporcionar la información solicitada para el paciente, cónyuge, miembros de la familia que residen juntos y dependientes que figuran en la misma declaración de impuestos. **Las solicitudes que no cumplan estas condiciones podrán ser devueltas al solicitante o consideradas denegadas.**
4. Se presumirá que una persona no asegurada que no proporcione la información necesaria para una determinación precisa puede pagar el cargo total por los servicios prestados y deberá pagar un depósito igual a los cargos brutos por el porcentaje de AGB que se aplica al Hospital donde los servicios serán proporcionados o serán reprogramados (solo en casos que no sean de emergencia). Si la persona no asegurada ha comenzado pero no ha completado el proceso de asistencia financiera, la persona no asegurada deberá pagar un **Depósito Estándar** no reembolsable (ver *Adjunto B* para Depósitos Estándar para el Hospital) o ser reprogramado cuando se pueda pagar un depósito o se pueda proporcionar información para completar la solicitud de FAP (en casos que no sean de emergencia).
5. Aunque las solicitudes pueden ser denegadas si no se completan dentro de los 30 días, la solicitud será reabierta y reconsiderada si el paciente se pone en contacto con nosotros y solicita la reconsideración dentro de los 240 días después de la facturación posterior a la alta.

DETERMINACIÓN DE LA ASISTENCIA FINANCIERA

1. La asistencia financiera se determinará de conformidad con los procedimientos que implican una **evaluación individual de la necesidad financiera** y podrán:
 - a) Incluir el uso de fuentes de datos externas disponibles públicamente que proporcionen información sobre la capacidad de pago de un paciente o del garante del paciente (como la puntuación de crédito);
 - b) Incluir esfuerzos razonables por parte de HHL para explorar fuentes alternativas apropiadas de pago y cobertura de los programas de pago públicos y privados, y para ayudar a los pacientes a solicitar dichos programas;
 - c) Considerar los activos disponibles del paciente y todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente.
2. **Se requiere verificación de ingresos** para cualquier solicitud de asistencia financiera. Deberán facilitarse los siguientes documentos:

- a) Una solicitud de asistencia financiera completa
 - b) Identificación con foto o identificación legal
 - c) Las declaraciones de impuestos más recientes del paciente/garante, los miembros de la familia que viven en la casa y los dependientes que figuran en la declaración de impuestos del paciente/garante. Si el paciente/garante no está obligado a presentar impuestos federales (debido a bajos ingresos o ausencia de estos), se requiere una declaración del IRS.
 - d) Prueba de ingresos del paciente/garante, miembros de la familia que viven en la casa y dependientes que figuran en la declaración de impuestos del paciente/garante.
 - i. Si tiene empleo: los últimos 3 recibos de nómina/sueldo, los estados de cuenta bancarios de los últimos 3 meses, los últimos W-2 disponibles.
 - ii. Si trabaja por cuenta propia: Estado de cuenta de mensual para el trabajo por cuenta propia o una copia del resumen de la cuenta de contabilidad general/cuenta de cheques de negocios.
 - iii. Si no tiene empleo: una copia de la información de beneficios de la discapacidad del Seguro Social, otros ingresos/beneficios del Seguro Social, 1099R, pensión, asistencia pública, compensación de trabajadores, fondo fiduciario, desempleo, manutención militar, manutención de niños y pensión alimenticia; controles de asistencia pública; cheques de jubilación; y/o declaración notarial de apoyo.
3. Las solicitudes de asistencia financiera se tramitarán con prontitud y HHL **notificará por escrito al paciente o solicitante en un plazo de 30 días a partir de la recepción de una solicitud completa.**
 4. Las amortizaciones de asistencia financiera se aplicarán a la **fecha de servicio para la que se inició la solicitud de asistencia financiera** y para futuras fechas de servicio dentro de los seis meses siguientes. NOTA: La verificación del seguro se realizará para cada episodio de atención para determinar si el paciente permanece sin seguro.
 5. Los pacientes deben **volver a solicitar** asistencia financiera después del período de seis meses para el cual se aprobó la solicitud original.

ELEGIBILIDAD Y CANTIDAD DE AMORTIZACIÓN:

La elegibilidad para la amortización se determina en función del número de personas en el hogar y los ingresos familiares anuales como porcentaje del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés). HHL utilizará las Directrices Federales de Pobreza.

1. Los pacientes no asegurados cuyos ingresos familiares sean iguales o **inferiores al 250%** del FPL calificarán para una amortización completa de todos los cargos hospitalarios, excluyendo los Depósitos Estándar pagados previamente, suponiendo que cumplen con los otros criterios de elegibilidad establecidos en la FAP.
2. Los pacientes no asegurados cuyos ingresos familiares **superen el 250%** del FPL pueden calificar para recibir asistencia médica **catastrófica**, dependiendo de las circunstancias financieras particulares del paciente. Si las facturas médicas del paciente durante los 12

meses inmediatamente anteriores al tratamiento son mayores o iguales al veinte por ciento (20%) de sus ingresos familiares anuales, el paciente podría recibir asistencia financiera en forma de atención gratuita.

3. Los pacientes **subasegurados** (ver sección de Definiciones) serán tratados como pacientes **no asegurados** para fines de asistencia financiera.

ASISTENCIA FINANCIERA PRESUNTIVA

1. La elegibilidad presuntiva para recibir asistencia financiera ocurre cuando el Hospital utiliza información distinta de la proporcionada por la persona para determinar la elegibilidad para la atención gratuita. Las cuentas que cumplan los criterios presuntivos se amortizarán al 100%.
2. Un paciente puede ser elegible para recibir asistencia financiera incluso si no tiene ningún formulario de asistencia financiera en el archivo, donde el paciente u otras fuentes pueden proporcionar evidencia suficiente de elegibilidad presuntiva. En estos casos, la actividad de cobro (de acuerdo con las acciones descritas en la sección V a continuación) continuará mientras se completa la diligencia debida o hasta que se revise la cuenta del paciente. En el *Adjunto A* se incluye una lista de información obtenida de otras fuentes.
3. También se puede utilizar un sistema de puntuación para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera presuntiva. El sistema de puntuación es similar a la puntuación de crédito y es producido por un proveedor aprobado por HHL. Sólo se considerarán aquellas cuentas que caigan por debajo del mínimo del sistema de puntuación para la asistencia financiera presuntiva. Si a un paciente se le ha negado asistencia financiera debido al incumplimiento o al descubrimiento de ingresos, no será elegible para una amortización presuntiva de asistencia financiera.

ACCIONES DE COBRO

1. En caso de impago por parte del paciente/garante, el Hospital emprenderá las siguientes **acciones de cobro**: envío de estados de cuenta, llamada a los pacientes por saldos abiertos, transferencia de cuentas a agencias de facturación o cobro para el seguimiento, y la presentación de reclamaciones en procedimientos de bancarrota. El Hospital también puede participar en **acciones extraordinarias de cobro (ECA**, por sus siglas en inglés), que incluyen embargos salariales, gravámenes, reportación a agencias de crédito externas, ejecución hipotecaria, incautación de cuentas bancarias, y demandas.
2. El Hospital hará **esfuerzos razonables** para determinar si una persona es elegible para recibir atención gratuita antes de iniciar las ECA. Los esfuerzos razonables incluyen:
 - a) Notificar a la persona sobre la FAP (incluyendo esfuerzos razonables para notificar a la persona oralmente sobre la política y cómo obtener asistencia);

- b) Abstenerse de cualquier acción extraordinaria de cobro por un período de al menos 120 días a partir de la fecha en que el Centro Hospitalario proporcione el primer estado de cuenta posterior a la alta de la atención; y
 - c) Dar a la persona un aviso por escrito que indica que la asistencia financiera está disponible para las personas elegibles y notificar a la persona (con al menos 30 días de antelación) el tipo de ECA que el Hospital tiene la intención de iniciar y la fecha límite tras lo cual puede iniciarse dicha ECA. Este aviso por escrito también incluirá un resumen en lenguaje sencillo de la FAP.
3. Las solicitudes de asistencia financiera se procesarán **hasta 240 días después de la fecha del primer estado de cuenta posterior a la alta** de la atención. El Centro Hospitalario no tiene la obligación de procesar las solicitudes recibidas después de dicha fecha. Una vez recibida una solicitud oportuna, las ECA ya iniciadas se suspenderán temporalmente mientras se procesa la solicitud.
 4. Si una persona presenta una solicitud incompleta durante el período de 240 días que comienza después de la primera declaración de facturación posterior a la alta de la atención, los esfuerzos además de los mencionados anteriormente deben llevarse a cabo antes de que se inicien o reanuden las ECA. El Hospital notificará a la persona sobre cómo completar la solicitud, incluyendo un aviso por escrito que describe la información adicional requerida y/o documentación que debe ser presentada. El aviso por escrito también contendrá información de contacto sobre cómo obtener más información sobre el proceso FAP y cómo obtener asistencia con el proceso de solicitud. El Centro Hospitalario le dará a la persona una oportunidad razonable de proporcionar la información faltante antes de iniciar o reanudar las ECA.
 5. Una vez que se presenta una solicitud completa, el Hospital la procesará oportunamente y notificará a la persona por escrito si califican y la base para dicha determinación. El Hospital hará todos los esfuerzos razonables para revertir las ECA tomadas contra el individuo relacionado con cantidades que ya no se adeudan.
 6. HHL no impondrá las ECA a ningún paciente sin antes hacer esfuerzos razonables para determinar si ese paciente es elegible para recibir asistencia financiera bajo esta política de asistencia financiera. El gerente del Departamento de Admisiones de cada Hospital tiene la autoridad final y es responsable de determinar que se han hecho esfuerzos razonables para que las ECA sean permitidas.

DEFINICIONES:

A los efectos de esta política, los siguientes términos se definen de la siguiente manera:

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

Acciones Extraordinarias de Cobro (ECA): Las ECA aplican cuando el centro Hospitalario afecta a la presentación de informes de crédito o inicia procesos legales como gravámenes, juicios hipotecarios, embargo de cuentas bancarias o bienes personales, embargo de sueldo, y/o arresto. Las ECA no incluyen: llamar a los pacientes por saldos pendientes; enviar declaraciones; o presentar una reclamación en un procedimiento de bancarrota.

Atención de emergencia: El paciente requiere una intervención médica inmediata debido a una condición grave, potencialmente mortal o potencialmente incapacitante. Generalmente el paciente es visto y/o admitido a través de la sala de emergencias. Véase el artículo 1867 de la Ley de Seguridad Social (42 U.S.C. 1395dd).

Asistencia Financiera: La Asistencia Financiera se define como servicios médicos proporcionados sin cargo a los pacientes que no están asegurados o están subasegurados y no pueden pagar según su nivel de ingresos (según el Departamento de Salud de los Estados Unidos y las Directrices Federales de Pobreza de los Servicios Humanos), análisis financiero, indicadores demográficos y/o necesidades sanitarias adicionales basadas en el diagnóstico. La asistencia financiera no incluye: subsidios contractuales de programas gubernamentales y subsidios contractuales del seguro.

Familia: Usando la definición de la Oficina del Censo, un grupo de dos o más personas que residen juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción.

Ingresos familiares: Utilizando las directrices de la Oficina del Censo, se utiliza lo siguiente al calcular los ingresos familiares:

- Incluye ganancias, compensación por desempleo, compensación de trabajadores, Seguro Social, Ingreso Suplementario de Seguridad, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de sobreviviente, ingresos de jubilación o retiro, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos por propiedades, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de niños, asistencia desde fuera del hogar y otras fuentes diversas;
- Es determinado antes de impuestos;
- Incluye los ingresos de todos los miembros de la familia que residen juntos y los dependientes que figuran en la declaración de impuestos. (Los no parientes, como los compañeros de casa, no cuentan.)
- Para los dependientes que viven fuera del hogar, los ingresos familiares incluirán los ingresos del dependiente, junto con los ingresos de aquellos que figuran al dependiente en su declaración de impuestos.
- El ingreso familiar también incluye recursos o propiedades que son fácilmente convertibles en efectivo; incluyendo pero no limitado a cuentas corrientes, cuentas de ahorros, acciones, bonos, certificados de depósitos y efectivo. Los IRA y 401K se excluyen hasta que se retire el dinero.

Directrices Federales de Pobreza: Una simplificación de los umbrales de pobreza de la Oficina del Censo utilizados con fines administrativos, como determinar la elegibilidad financiera. Cada año, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) publica las directrices en el Registro Federal.

Cargos brutos: Los cargos totales a las tarifas establecidas por el Hospital para la prestación de servicios de atención al paciente antes de que se apliquen las deducciones.

Atención médicamente necesaria: Tratamiento médico que es apropiado y necesario para el tratamiento de los síntomas presentados, según lo definido por Medicare y los terceros pagadores. terceros.

Asistencia Financiera Presuntiva: Asistencia otorgada sobre la base de un sistema de puntuación u otras fuentes de datos que proporcionen pruebas suficientes de elegibilidad. No se requiere un formulario financiero en el archivo para la aprobación de la asistencia financiera presuntiva.

Paciente no asegurado: Una persona que recibe servicios de atención médica que no tiene seguro de salud y no calificará para ningún programa estatal/federal.

Paciente subasegurado: Una persona que recibe servicios de atención médica que tiene seguro médico privado, pero cuya cobertura no abarca la atención especificada. Los pacientes con seguro comercial generalmente no son elegibles para amortizaciones de asistencia financiera debido a los requisitos legales y del plan de salud relacionados con la facturación de los pacientes por su porción completa de costo compartido de los servicios proporcionados. Sin embargo, si la cobertura de terceros no proporciona beneficios para los servicios hospitalarios debido a exclusiones del plan de salud, condiciones preexistentes, período de espera antes de la elegibilidad, o agotamiento de los beneficios, el paciente puede ser considerado no asegurado y elegible para un ajuste de la asistencia financiera que cubra estos servicios. Esto no aplica cuando la cobertura de terceros no proporciona cobertura en HHL para servicios que de otro modo estarían autorizados en la red de proveedores del pagador.

ADJUNTOS:

Adjunto A – Asistencia financiera Presuntiva

Adjunto B – Depósitos estándar

APROBADO POR

_____ Rachel Hebert, Directora Financiera	_____ Fecha
_____ Michelle Crain, Administradora/COO	_____ Fecha
_____ Donna Landry, Presidenta de la Junta Directiva de OLOL COO/HHL	_____ Fecha

ADJUNTO A. Asistencia Financiera Presuntiva

La información obtenida de fuentes distintas al paciente podrían utilizarse para determinar la elegibilidad presunta. Dicha información incluye evidencia de que el paciente está participando en uno o más de los siguientes:

1. Programas de prescripción financiados por el Estado;
2. LACHIP, vivienda subsidiada, almuerzos escolares gratuitos o reducidos, etc. para los hijos del paciente/garante;
3. Programa de cupones de alimentos de Louisiana;
4. Programa Medicaid estatal. Para los pacientes que tienen cobertura de Medicaid, la determinación de asistencia financiera se basará en la información del programa Medicaid, incluyendo evidencia de que:
 - El paciente está actualmente en Medicaid, pero tiene un saldo previo dentro de los 12 meses de la fecha de aprobación
 - El paciente actualmente tiene Medicaid con beneficios limitados (solo cubre la planificación familiar)
 - El paciente está en un hospicio y tiene Medicaid solamente
 - El paciente tiene Medicaid a través de un estado no contratado
 - El paciente califica para Medicaid con un "requisito de deducible"
 - El paciente es elegible para otros programas de asistencia estatales o locales que no están financiados (es decir, deducible de Medicaid);
 - El paciente ha fallecido sin una parte o patrimonio responsable conocido. Los esfuerzos de diligencia debida para verificar los activos patrimoniales deben documentarse a través del sitio web aprobado por el hospital.

Además, se puede presumir que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera si hay una atestación independiente y calificada de que el paciente no tiene hogar.

ADJUNTO B. Depósitos estándar

Hospital	Depósito estándar de procedimiento quirúrgico	Depósito Estándar de Radiología	Depósito estándar para todos los demás servicios
Heart Hospital of Lafayette	\$200	\$10	\$10