

LAS COPIAS SOLO SON VÁLIDAS EL DÍA EN QUE SE IMPRIMEN - LA POLÍTICA OFICIAL ESTÁ EN MCN

SISTEMA: Hospital Sisters Health System	MANUAL: Manual ejecutivo
TÍTULO: Política del Programa de ayuda económica	DEPARTAMENTO DONDE SE ORIGINA: Servicios fiscales
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: Julio de 1989	FECHA DE REVISIÓN: 22 de enero de 2024
REEMPLAZA: n.º A-27, n.º A-1563 3/86, n.º A-43	
<p>* Como exige la Reglamentación §482.12 A-0043 de los CMS, “Condiciones de participación: Organó rector” (Conditions of Participation: Governing Body), los siguientes hospitales y entidades se incluyen como entidades de HSHS: ILLINOIS: (1) HSHS St. John’s Hospital – Springfield (2) HSHS St. Mary’s Hospital – Decatur, (3) HSHS St. Francis Hospital – Litchfield, (4) HSHS Good Shepherd Hospital – Shelbyville, (5) HSHS St. Anthony’s Memorial Hospital – Effingham, (6) HSHS St. Joseph’s Hospital – Highland, (7) HSHS St. Joseph’s Hospital – Breese, (8) HSHS St. Elizabeth’s Hospital – O’Fallon, (9) HSHS Holy Family Hospital – Greenville, (10) HSHS Physician Enterprise (HSHS Medical Group – Illinois, Prairie Cardiovascular Consultants). WISCONSIN: (1) HSHS St. Vincent Hospital – Green Bay, (2) HSHS St. Mary’s Hospital Medical Center – Green Bay, (3) HSHS St. Clare Memorial Hospital – Oconto Falls, (4) HSHS St. Nicholas Hospital – Sheboygan, (5) HSHS Sacred Heart Hospital – Eau Claire, (6) HSHS St. Joseph’s Hospital – Chippewa Falls, (7) HME Home Medical, (8) Libertas Treatment Center – Green Bay and Marinette, (9) HSHS Physician Enterprise (HSHS Medical Group – Wisconsin).</p>	

I. POLÍTICA:

La misión y los valores de Hospital Sisters Health System (HSHS), y de cada uno de los sistemas locales afiliados, fomentan la comunicación con las personas de las comunidades a las que servimos para darles atención médica, incluyendo personas y familias con limitaciones económicas. Estamos comprometidos con dar ayuda económica a las personas que tengan necesidades de atención médica y no tengan seguro, tengan cobertura de seguro insuficiente, que no sean elegibles para los programas del gobierno o que, por alguna otra razón, no puedan pagar la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria basándose en su situación económica individual.

El Programa de ayuda económica de HSHS no reemplaza la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de HSHS para obtener ayuda económica y que contribuyan al costo de su atención basándose en su capacidad individual de pago. HSHS estableció las disposiciones de esta política del Programa de ayuda económica para administrar los recursos económicos de manera responsable y ayudar a los pacientes que lo necesiten.

II. PROPÓSITO:

La política del Programa de ayuda económica permite que HSHS determine la elegibilidad para dicha ayuda para los pacientes que cumplan los criterios de elegibilidad establecidos. Esta política no ofrece una disposición para ayudar a los pacientes que tengan medios suficientes y se nieguen a pagar los servicios médicos que se les presten a ellos o a sus familiares. El Programa de ayuda económica tiene como objetivo ayudar a los pacientes a resolver sus saldos médicos en HSHS, después de agotar todas las demás opciones de pago. La política también identifica los pasos que tomará HSHS para comunicar la disponibilidad de ayuda económica e identifica los plazos y las restricciones aplicables a las acciones de cobro. Toda información que recoja HSHS durante este proceso estará sujeta a las políticas de HSHS sobre la protección de la información confidencial.



LAS COPIAS SOLO SON VÁLIDAS EL DÍA EN QUE SE IMPRIMEN - LA POLÍTICA OFICIAL ESTÁ EN MCN

La política está destinada a cumplir los requisitos estatales y federales aplicables relacionados con la atención benéfica, incluyendo la Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act (Ley de descuentos para pacientes sin seguro de hospitales de Illinois) y la sección 501(r) del Código de Impuestos Internos (Internal Revenue Code) de 1986, con sus modificaciones, y las reglamentaciones correspondientes.

III. DEFINICIONES:

Para los fines de esta política, los términos de abajo se definen como sigue:

- A. Activos:** Bienes de todo tipo, muebles e inmuebles, tangibles e intangibles, que sean legalmente aplicables o estén sujetos al pago de las deudas del paciente, incluyendo, entre otros, dinero en efectivo, cuentas de cheques y de ahorro, vehículos, derechos mineros, acciones, fondos mutuos, líneas de crédito y cualquier otra inversión; siempre que, sin embargo, ese “ingreso”, según se define aquí, no se incluya en la determinación de los activos.
- B. Cantidades normalmente facturadas o “AGB”:** Las cantidades que normalmente se facturan por servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios a personas que tienen seguro que cubre dicha atención, como se explica más en el Apéndice D.
- C. Período de solicitud:** El período durante el que se puede presentar una solicitud de FAP para que se considere la elegibilidad para la ayuda económica. El período de solicitud comienza en la fecha en que se dé la atención y finaliza en la fecha que llegue después entre el día 240 después de la fecha en que se dé el primer estado de cuenta después del alta por la atención médica o: (i) en la fecha que se especifique en un aviso por escrito de HSHS sobre la intención de iniciar ECA; o (ii) en el caso de un paciente al que se consideró como posiblemente elegible para la ayuda económica por debajo del 100 %, el final del tiempo razonable para pedir ayuda económica como se describe en la Sección VI.
- D. Ayuda económica o benéfica:** El ajuste de los cargos por servicios médicos gratuitos o con descuento que se prestan a las personas que cumplen ciertos criterios económicos.
- E. Colega o delegado:** Los empleados o contratistas de HSHS que ayudarán a los pacientes con el proceso para pedir ayuda económica según este Programa de ayuda económica.
- F. Requisitos según la Sección 501(r) del Código:** Los requisitos de la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos de 1986, según se modifique ocasionalmente, y las reglamentaciones del Tesoro relacionados con la ayuda económica, las limitaciones a los cargos y las actividades de facturación y cobranza.
- G. Servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios:** Servicios médicos de emergencia que se prestan en una sala de emergencias; servicios de atención médica para una condición que, si no se trata inmediatamente, daría lugar a un cambio negativo en el estado de salud de una persona; servicios no optativos que se presten en respuesta a circunstancias que amenacen la vida, en un entorno que no sea una sala de emergencias; y otros servicios médicamente necesarios, todos evaluados caso por caso, exclusivamente a discreción de HSHS para fines de presentar una solicitud para este Programa de ayuda económica.

LAS COPIAS SOLO SON VÁLIDAS EL DÍA EN QUE SE IMPRIMEN - LA POLÍTICA OFICIAL ESTÁ EN MCN

- H. Acciones extraordinarias de cobro o “ECA”:** Para los fines de la política del Programa de ayuda económica, las ECA son las actividades identificadas según los requisitos de la Sección 501(r) del Código, que pueden incluir:
1. Vender la deuda de una persona a otra parte, a menos que el comprador esté sujeto a ciertas restricciones según lo dispuesto en los requisitos de la Sección 501(r) del Código.
 2. Reportar información negativa sobre la persona a agencias de reportes crediticios del consumidor o a las oficinas de crédito.
 3. Acciones que requieren un proceso legal o judicial, excepto los reclamos presentados en un proceso de quiebra o de lesiones personales.
- I. Familia:** La Oficina del Censo la define como un grupo de dos o más personas que viven juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Si un paciente declara a alguien como dependiente en su declaración de impuestos de acuerdo con las normas del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service), entonces se puede considerar como dependiente para dar ayuda económica.
- J. Ingresos familiares:** Los ingresos son el total del efectivo anual que se recibe de todas las fuentes, antes de impuestos, menos los pagos que se hagan por manutención de menores, incluyendo, entre otros: sueldos y salarios antes de deducciones, propinas, ingresos netos que se reciban como trabajador autónomo no agrícola, ingresos netos que se reciban como trabajador autónomo agrícola, pagos del seguro social o de la jubilación para trabajadores ferroviarios, compensación por desempleo, beneficios de compensación de trabajadores, pagos para veteranos, pagos de la asistencia pública, ingresos de Seguridad de Ingreso Suplementario, ingresos del Seguro Social por discapacidad, pensión alimenticia, asignaciones militares, pensiones privadas, pensiones del gobierno, pagos de renta vitalicia, subsidios, becas, dividendos, intereses, ingresos netos de alquileres, pagos netos, ganancias netas de los juegos de azar o de la lotería, ayuda fuera del grupo familiar y otras fuentes diversas. Los beneficios no monetarios (como los vales de comida, los subsidios de vivienda y la manutención de menores) no cuentan como ingresos.
- K. Solicitud de FAP:** La información y la documentación complementaria que presenta un paciente para solicitar ayuda económica según un Programa de ayuda económica.
- L. Directrices federales de pobreza:** Las directrices federales de pobreza para un grupo familiar, publicadas más recientemente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health & Human Services), y actualizadas de vez en cuando. Consulte el Apéndice A para ver las directrices más actualizadas.
- M. Garante:** La persona, que puede ser o no el paciente, que es responsable de pagar la factura del paciente.
- N. Servicios de atención médica:** Servicios médicos que se presan a la persona dentro del entorno de HSHS, incluyendo, entre otros, servicios médicos de diagnóstico y quirúrgicos, y alojamiento y comida; entorno de diagnóstico para pacientes ambulatorios, incluyendo, entre otros, servicios de diagnóstico, servicios terapéuticos y servicios de apoyo crónico, incluyendo el uso de equipos, suministros y servicios profesionales (excluyendo los médicos que no sean parte de HSHS).

LAS COPIAS SOLO SON VÁLIDAS EL DÍA EN QUE SE IMPRIMEN - LA POLÍTICA OFICIAL ESTÁ EN MCN

- O. Persona sin hogar:** Indigente, cuando una persona no tiene vivienda fija, regular ni adecuada, y si duerme en un refugio designado para alojamiento temporal o en lugares no designados como vivienda para humanos.
- P. Centro hospitalario:** Un centro que un estado exige que esté autorizado, registrado o sea reconocido de manera similar como hospital. Varios edificios que operan bajo una sola autorización estatal se consideran un solo hospital.
- Q. Ley de descuentos para pacientes sin seguro de hospitales de Illinois:** Una ley de Illinois que exige a los hospitales de Illinois que den a los pacientes sin seguro un descuento en sus facturas médicas. La ley exige que los pacientes envíen una solicitud para el descuento en un plazo de 60 días a partir de la recepción de la factura médica inicial.
- R. Tutor legal:** Un representante legal reconocido del paciente, relacionado con las decisiones médicas y económicas, que estaría autorizado según la ley estatal aplicable para recibir información confidencial de la atención médica del paciente. Esto incluye a los padres que son legalmente responsables de sus hijos menores de edad, familiares cercanos reconocidos por el paciente o por la ley estatal aplicable como personas con capacidad legal para actuar en nombre del paciente en relación con decisiones médicas o económicas, o un tutor legal según la ley estatal aplicable.
- S. Ayuda benéfica para personas médicamente indigentes:** Servicios de atención médica prestados cuando no hay recursos económicos suficientes para cubrir los costos de la atención sin un efecto catastrófico sobre la familia individual, cuando no hay cobertura de atención médica catastrófica, y para las personas sin seguro de terceros, lo que excluiría la posibilidad de la persona de pagar los servicios, independientemente del nivel de ingresos.
- T. Servicios médicamente necesarios:** Servicios de atención médica para una condición que, si no se trata rápidamente, dará lugar a un cambio negativo en el estado de salud de una persona; servicios médicos de emergencia prestados en un entorno de sala de emergencias; servicios no optativos prestados como respuesta a circunstancias potencialmente mortales, en un entorno que no sea una sala de emergencias; y servicios médicamente necesarios, evaluados caso por caso a discreción de HSHS.
- U. Servicios de ayuda económica para pacientes:** El departamento responsable de administrar el Programa de ayuda económica en HSHS y cada sistema local.
- V. Posible elegibilidad:** En ciertas circunstancias, los pacientes sin seguro pueden considerarse posiblemente elegibles o elegibles para ayuda económica según su inscripción en otros programas con verificación de recursos u otras fuentes de información, que no dé directamente por el paciente, para hacer una evaluación individual de la necesidad económica.
- W. Parte responsable:** El paciente o cualquier persona legalmente obligada a pagar las deudas del paciente por atención médica, excluyendo terceros pagadores. Un paciente adulto que viva con el grupo familiar de un pariente que no sea su cónyuge, incluyendo hijos adultos solteros que vivan en casa, se considerará la “parte responsable” para los fines de esta política, sin tener en cuenta los bienes e ingresos de los otros parientes que vivan en la casa (excepto un cónyuge).

LAS COPIAS SOLO SON VÁLIDAS EL DÍA EN QUE SE IMPRIMEN - LA POLÍTICA OFICIAL ESTÁ EN MCN

- X. Entidad sustancialmente relacionada:** Una entidad tratada como sociedad a los efectos de los impuestos federales, en la que un sistema local tenga capital o una participación en las ganancias, o una entidad excluida de la cual el sistema local sea el único miembro o propietario, que preste servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios en un centro hospitalario de un sistema local, a menos que la prestación de dicha atención sea un oficio o negocio no relacionados descritos en la Sección 513 del Código de Impuestos Internos.
- Y. Tercero pagador:** Cualquier entidad o agente financieros, como una aseguradora, una HMO, un plan de beneficios para empleados o un pagador gubernamental, con la obligación legalmente exigible de pagar los servicios que HSHS le facture a un paciente. Las partes responsables, como se definen en este documento, no se consideran terceros pagadores.
- Z. Cobertura de seguro insuficiente:** Una persona con cobertura de seguro privado o público para la que podría ser una dificultad económica pagar en su totalidad los gastos de bolsillo que se esperan por servicios médicos que preste HSHS.
- AA. Sin seguro:** Una persona sin cobertura de terceros proporcionada por medio de un asegurador comercial de terceros, un plan ERISA, un Programa federal de atención médica (incluyendo, entre otros, Medicare, Medicaid, SCHIP y CHAMPUS), compensación de trabajadores u otra asistencia de terceros disponible para cubrir el costo de los gastos de atención médica del paciente.
- BB. Descuento para personas sin seguro:** A los pacientes sin cobertura de terceros se les hará un descuento para pacientes sin seguro, por servicios elegibles que preste HSHS según esta política, cuando se incurra en los cargos sin descuento. HSHS hará que este descuento se aplique automáticamente a los saldos de los pacientes sin seguro cuando se facturen. Las cantidades actuales de descuento para personas sin seguro están publicadas en el Apéndice A de esta política y la Oficina Única de Facturación (Single Billing Office) las revisa anualmente para determinar si son apropiadas.

IV. ÁMBITO

- A.** La política del Programa de ayuda económica se aplica a todos los sistemas locales de HSHS y cualquier entidad sustancialmente relacionada con dichos sistemas. Los servicios elegibles según la política de ayuda económica de HSHS deben ser clínicamente apropiados y estar dentro de los estándares de práctica médica normalmente aceptados, lo que incluye:
 1. Servicios médicos de emergencia prestados en un entorno de emergencia, y atención que se dé en un entorno de emergencia con el propósito de estabilizar la condición de un paciente.
 2. Servicios no optativos prestados en respuesta a circunstancias que amenacen la vida en un entorno que no sea de emergencia.
 3. Los servicios médicamente necesarios, como los servicios de atención médica para pacientes ingresados o ambulatorios prestados para evaluar, diagnosticar o tratar una lesión o enfermedad, y los servicios que normalmente Medicare u otra cobertura de seguro médico definen como “artículos o servicios cubiertos”.

LAS COPIAS SOLO SON VÁLIDAS EL DÍA EN QUE SE IMPRIMEN - LA POLÍTICA OFICIAL ESTÁ EN MCN

4. Los servicios de proveedores empleados por HSHS están cubiertos según esta política. Consulte el Apéndice C para obtener una lista completa de los proveedores incluidos.
- B.** Los servicios que no son elegibles para ayuda económica incluyen:
1. Procedimientos optativos que no sean médicamente necesarios y servicios que normalmente no tengan cobertura de Medicare o que Medicare u otra cobertura de seguro médico los defina como no médicamente necesarios.
 2. Cirugía Lasik, acupuntura, puntuación cardíaca, lentes de contacto/anteojos, servicios de cirugía cosmética/plástica, audífonos, ortodoncia, servicios dentales, optometría y servicios en tiendas solo en efectivo.
 3. Servicios recibidos de proveedores de atención no empleados por HSHS (por ejemplo, profesionales de la salud o médicos privados o que no pertenezcan a HSHS, transporte en ambulancia, etc.) Se recomienda a los pacientes que se comuniquen directamente con estos proveedores para consultar sobre cualquier asistencia disponible y para hacer arreglos de pago. Consulte el Apéndice C para obtener una lista completa de los proveedores que no están cubiertos según esta política.
 4. Servicios médicamente necesarios prestados a pacientes fuera de la red según lo definido por sus aseguradoras.

V. DIRECTRICES/PROCEDIMIENTOS

A. Orientación económica

1. Los colegas de Servicios de ayuda económica para pacientes y Acceso de pacientes o las personas que ellos designen son responsables de ayudar a los pacientes y sus familias a determinar la elegibilidad y presentar solicitudes para los programas de seguros federales, estatales y locales o el Programa de ayuda económica. Si corresponde, se hace una remisión para orientación sobre deudas. La información estará disponible en todos los lugares de acceso de los pacientes, incluyendo los Departamentos de Emergencias (Emergency Department).
2. Se usa una solicitud de ayuda económica para recoger y documentar el seguro y el estado económico del paciente. El vicepresidente del Sistema de ciclo de ingresos o las personas que designe revisan el formulario estándar de solicitud según sea necesario, pero al menos una vez al año, para asegurar que incluya toda la información necesaria para procesar la solicitud. Cualquier cambio en el formulario estándar de solicitud se comunica a cada sistema local para su implementación y distribución inmediatas.
3. La cooperación del paciente es necesaria para determinar la elegibilidad para el Programa de ayuda económica de HSHS.
4. Independientemente de la elegibilidad para ayuda económica según la política del Programa de ayuda económica, a todos los pacientes sin seguro se les da un descuento para personas sin seguro

LAS COPIAS SOLO SON VÁLIDAS EL DÍA EN QUE SE IMPRIMEN - LA POLÍTICA OFICIAL ESTÁ EN MCN

en el momento de la facturación. Ese descuento será un ajuste administrativo, no un ajuste de caridad. Cada sistema local determinará si el paciente puede calificar para un nivel más alto de descuento basado en las comunidades a las que sirve, pero, en ningún caso, el ajuste podrá ser de menos del 25 % de los cargos brutos. Las cantidades actuales de descuento para personas sin seguro están publicadas en el Apéndice A de esta política y la Oficina Única de Facturación (SBO) los revisa anualmente para determinar si son apropiados. Si más adelante se aprueba un ajuste de caridad para un paciente, el ajuste de descuento correspondiente para personas sin seguro se revertirá y la cantidad se aplicará a una cancelación de caridad.

5. HSHS tiene colegas o delegados disponibles para ayudar a los pacientes a entender el Programa de ayuda económica y otros programas de ayuda disponibles de terceros.

B. Criterios de elegibilidad

La ayuda económica se dará a los pacientes sin seguro o con cobertura de seguro insuficiente, o al garante del paciente, que cumplan los criterios especificados, como se define abajo. Estos criterios asegurarán que esta política de ayuda económica se aplique de manera uniforme en todo HSHS. HSHS se reserva el derecho de editar, modificar o cambiar esta política según sea necesario o apropiado.

1. No discriminación. La ayuda económica según esta política está disponible independientemente de la raza, el color, el credo, el país de origen, la edad, la discapacidad, el estado de discapacidad, la condición de atención médica, la orientación sexual o el estado civil de los pacientes.
2. Restricciones de residencia. Los pacientes que busquen ayuda económica tendrán que buscar atención médica adecuada en los centros médicos que estén más cerca de a su residencia. Si no hay disponible tratamiento adecuado en su comunidad, el paciente puede recibir una aprobación previa para servicios médicamente necesarios según el Programa de ayuda económica de HSHS. Para determinar la residencia, HSHS exige una identificación válida emitida por el estado, una factura de servicios públicos recibida en los últimos 60 días, un contrato de alquiler, la tarjeta de registro de un vehículo, una tarjeta de registro de votante o correo dirigido al paciente de una entidad gubernamental local, estatal o federal o una carta de apoyo a inmigrantes
3. Servicios excluidos. La atención al paciente que no sea médicamente necesaria, incluyendo atención optativa, cosmética u otra atención que normalmente las aseguradoras tradicionales y los pagadores del gobierno consideren no reembolsable, no se considerará elegible para la ayuda económica.
4. Hijos menores de edad/padres divorciados. Para los hijos menores de edad de padres divorciados, cuando ambos padres/tutores sean partes responsables, se necesitará información sobre los dos padres para completar una solicitud de ayuda económica. Sin embargo, si después de esfuerzos razonables, las circunstancias impiden que el solicitante obtenga información financiera de todas las partes responsables, se usará la información de las partes responsables que vivan en el mismo domicilio que los menores de edad para tomar la resolución.

LAS COPIAS SOLO SON VÁLIDAS EL DÍA EN QUE SE IMPRIMEN - LA POLÍTICA OFICIAL ESTÁ EN MCN

5. Otros recursos. La ayuda económica que da HSHS según esta política es secundaria a todos los demás terceros y recursos económicos disponibles para el paciente. Esto incluye, entre otros:
 - a. Planes de seguro médico individual o colectivo
 - b. Planes de beneficios para empleados
 - c. Planes de compensación de trabajadores
 - d. Medicaid, programas médicos del estado o del condado
 - e. Otros programas estatales, federales o médicos
 - f. Terceros declarados como legalmente responsables de los gastos médicos de un paciente (por ejemplo, accidentes de tránsito o reclamos por lesiones personales)
 - g. Cualquier otra persona o entidad que tenga la responsabilidad legal de pagar los servicios médicos
 - h. Fondo para víctimas de delitos (si corresponde)
 - i. Costo de atención médica cubierto por programas del gobierno de otros países

Los solicitantes de ayuda económica serán responsables de solicitar programas públicos y buscar cobertura de seguro médico privado. A los pacientes, o a los garantes de los pacientes, que decidan no cooperar en la solicitud de programas identificados por HSHS como posibles fuentes de pago para la atención, se les puede negar la ayuda económica.

Se espera que los solicitantes contribuyan al costo de su atención, según su capacidad de pago, como se describe en esta política. Los pacientes, o los garantes del paciente, identificados como personas posiblemente calificadas para Medicaid, deberán solicitar cobertura de Medicaid o presentar una denegación de Medicaid recibida en los seis (6) meses anteriores a la solicitud de ayuda económica de HSHS. Los pacientes, o los garantes de los pacientes, deben cooperar con el proceso de solicitud descrito en esta política para obtener ayuda económica.

6. Prueba de activos. Los activos disponibles de los pacientes se considerarán para determinar la elegibilidad para la ayuda económica según el Programa de ayuda económica. Los pacientes con activos importantes, normalmente no son elegibles según el Programa de ayuda económica. Para efectos de esta disposición, los activos importantes son activos, distintos de los activos excluidos, con un valor superior al 600 % de las directrices federales de pobreza para sistemas locales en áreas urbanas y al 300 % de las directrices federales de pobreza para sistemas locales en áreas rurales o que sean hospitales de acceso crítico.
7. Se ofrecerá ayuda económica a los pacientes elegibles con cobertura de seguro insuficiente, siempre que dicha asistencia concuerde con el acuerdo contractual de la aseguradora. Por lo general, la ayuda económica no está disponible para los copagos del paciente ni para los saldos después del seguro si el paciente no cumple razonablemente los requisitos del seguro, como obtener las remisiones o autorizaciones adecuadas. Los saldos fuera de la red se pueden revisar caso por caso.
 - a. Se espera que los pacientes con cuentas médicas personales con ventajas impositivas, como una cuenta de ahorro para gastos médicos, un acuerdo de reembolsos de gastos médicos o una cuenta de gastos flexibles, usen los fondos de la cuenta antes de que se les dé ayuda económica.
 - b. HSHS se reserva el derecho de revertir los descuentos descritos en este documento si se determina razonablemente que dichos términos violan cualquier obligación legal o contractual de HSHS.

LAS COPIAS SOLO SON VÁLIDAS EL DÍA EN QUE SE IMPRIMEN - LA POLÍTICA OFICIAL ESTÁ EN MCN

C. Disponibilidad de la ayuda económica

1. Los pacientes que cumplan los criterios de elegibilidad de arriba podrían ser elegibles para la ayuda económica.
2. Una vez determinada la elegibilidad, a los pacientes elegibles no se les podrá cobrar más que la AGB por servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios.
3. Se usa el método retroactivo para determinar la AGB. Se puede encontrar más información del cálculo de AGB en el Apéndice D. El público puede obtener fácilmente el porcentaje de AGB y una descripción del cálculo para el hospital aplicable del sistema local, por escrito y sin cargo, visitando www.hshs.org, comunicándose con Servicios de Ayuda Económica para Pacientes, o pidiéndolo en persona en un hospital de un sistema local. La información de contacto para cada sistema local, según corresponda, se da en el Apéndice B.

D. Directrices para determinar la ayuda económica

1. Los pacientes elegibles sin seguro o con cobertura de seguro insuficiente pueden calificar para la ayuda económica según los ingresos familiares y las directrices federales de pobreza, como se detalla en el Apéndice A.
2. Para los pacientes sin seguro, la ayuda económica se aplicará a los cargos brutos (el cargo facturado por HSHS). Para los pacientes con cobertura de seguro insuficiente, la ayuda económica se aplicará solo a la cantidad que el paciente sea personalmente responsable de pagar, después de que se apliquen los reembolsos o pagos del seguro y otros terceros pagadores.
3. HSHS considerará las siguientes circunstancias y otras circunstancias similares cuando evalúe a los solicitantes que de otro modo no califiquen para la ayuda económica según este Programa de ayuda económica.
 - a. La deuda médica catastrófica se define como una deuda médica de más del 20 % de los ingresos anuales de la familia del paciente. Todas las deudas médicas con HSHS que superen el 20 % se ajustarán según la ayuda económica previo aviso de parte del paciente y verificación de parte de los colegas de HSHS.
 - b. El período de cálculo para el máximo anual de ingresos se basará en un período de 12 meses a partir de la fecha más reciente de servicios médicos.

E. Proceso de solicitud para el Programa de ayuda económica

1. Todos los pacientes (o sus tutores legales) que quieran que los consideren para el Programa de ayuda económica deberán pedir la ayuda antes o en el momento del ingreso o antes del alta, si es posible. Los pacientes también podrán pedir que los consideren según el Programa de ayuda económica antes de que la cuenta se asigne a una agencia de cobro de deudas incobrables, según los requisitos de la Sección 501(r) del Código. HSHS puede pedir que una agencia de cobro de deudas incobrables devuelva una cuenta si se aprueba la ayuda económica de un paciente, siempre que la cuenta se hubiese enviado a una de dichas agencias en los doce meses anteriores a la fecha de aprobación de la solicitud.

LAS COPIAS SOLO SON VÁLIDAS EL DÍA EN QUE SE IMPRIMEN - LA POLÍTICA OFICIAL ESTÁ EN MCN

2. Las instrucciones que se exigen para completar la solicitud de FAP se darán a los pacientes, sus tutores legales o cualquier persona autorizada para actuar en nombre del paciente. HSHS dará acceso a colegas o delegados para ayudar a los pacientes/tutores legales a entender los criterios de elegibilidad y cómo completar la solicitud de FAP.
3. El paciente o la parte responsable pueden completar y devolver la solicitud de FAP durante el Período de solicitud. Esto también se puede hacer de manera electrónica por medio de MyChart.
4. Al considerar una solicitud de FAP, HSHS puede pedir que el paciente primero busque otras fuentes de pago, incluyendo, entre otros, Medicaid, asistencia médica del estado o del condado, fondo para víctimas de delitos, ingresos suplementarios del Seguro Social o ingresos por discapacidad (SSI o SSDI), u otros terceros pagadores, según corresponda. Si el paciente no está dispuesto a buscar otras fuentes potenciales de pago de terceros de manera oportuna, se considerará que no es elegible según el Programa de ayuda económica y HSHS no considerará la solicitud de ayuda económica del paciente.
5. El paciente (o sus tutores legales) deberán revelar la información económica, según se identifica en esta política del Programa de Ayuda Económica o la solicitud de FAP, que HSHS considere pertinente para determinar la elegibilidad del paciente para la ayuda económica.
6. Si HSHS lo pide, los pacientes (o sus tutores legales) que pidan ayuda económica deberán autorizar a HSHS a que haga consultas a empleadores, bancos, agencias de crédito y otras instituciones para verificar la información que necesite para determinar la elegibilidad para ayuda económica.
7. La solicitud FAP completada debe ir acompañada de fotocopias legibles y precisas de los siguientes documentos, según sea necesario, para comprobar la elegibilidad:
 - a. Declaraciones de impuestos del IRS completas para el año calendario más reciente de todas las partes responsables.
 - b. Talones de cheques de nómina u otra documentación de las fuentes de ingresos mensuales que reflejen los ingresos de todas las partes responsables durante al menos los tres meses anteriores a la solicitud.
 - c. Verificación por escrito de las agencias de asistencia pública, como Medicaid o un programa médico del condado, que refleje las denegaciones de elegibilidad (cuando se pida) y según corresponda.
 - d. Verificación por escrito de la razón por la que se denegaron beneficios por desempleo o de compensación de trabajadores (cuando se pida y según corresponda).
8. Los ingresos se anualizarán, cuando corresponda, según la documentación proporcionada.
9. Se mantendrá la confidencialidad de la información para todos los que busquen o reciban ayuda según el Programa de ayuda económica de HSHS, como exigen las políticas de HSHS y las leyes federales y estatales. Las copias de todos los documentos complementarios se mantendrán con el formulario de solicitud hasta que se destruyan de acuerdo con las políticas de HSHS y las leyes federales y estatales de retención de documentos.

LAS COPIAS SOLO SON VÁLIDAS EL DÍA EN QUE SE IMPRIMEN - LA POLÍTICA OFICIAL ESTÁ EN MCN

10. Los Servicios de Ayuda Económica para Pacientes o los representantes designados pueden entrevistar al paciente o a la parte responsable y pedir una solicitud completada de FAP para determinar la necesidad y elegibilidad para caridad.
 - a. HSHS puede pedir documentación de la información solicitada para comprobar la elegibilidad para la ayuda económica y para completar el procesamiento de la solicitud.
 - b. Si HSHS determina que cualquier documentación o información importantes presentadas no son verdaderas o están falsificadas, la solicitud para el Programa de ayuda económica se denegará. HSHS no reconsiderará una solicitud si sus representantes determinan que el solicitante tergiversó intencionalmente información importante relacionada con los criterios de elegibilidad o la documentación.

11. Las cuentas que el servicio de cobranza devuelva debido a la falta de ingresos o bienes del deudor calificarán para el estado de caridad debido a su incapacidad de pago o porque el servicio independiente de cobro las considera médicamente indigentes. Además, los pacientes para los que HSHS reciba confirmación de descargo por bancarrota según el Capítulo 7 mediante un Tribunal Federal de Bancarrota también calificarán para caridad al 100 %.

F. Posible elegibilidad

1. La posible elegibilidad según el Programa de ayuda económica se puede conceder si el paciente, por sí mismo o por medio de otras fuentes disponibles para HSHS, presenta evidencia de su incapacidad para pagar los servicios médicamente necesarios. Una vez determinado, debido a la naturaleza inherente de las circunstancias presuntas, el único descuento que se puede dar es la cancelación del 100 % del saldo de la cuenta. La posible elegibilidad se puede determinar según las circunstancias individuales, que pueden incluir:
 - a. **TODOS LOS HOSPITALES (HSHS) Y MEDICAL GROUP:**
 - i. Falta de hogar
 - ii. Muerte sin patrimonio
 - iii. Incapacidad mental sin nadie que actúe en nombre del paciente
 - iv. Elegibilidad para Medicaid, pero no en la fecha del servicio o para servicios no cubiertos
 - v. Encarcelamiento en una institución penal
 - vi. Inscripción en los siguientes programas de ayuda para personas de bajos ingresos:
 1. Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
 2. Programa de Apoyo a la Vivienda de Alquiler (Rental Housing Support Program) de la Autoridad de Desarrollo de Vivienda (Housing Development Authority) de Illinois
 3. Programa de Asistencia con la Vivienda (Housing Assistance Program) del Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin (Wisconsin Department of Health Services)
 - b. **HOSPITALES URBANOS - Categorías adicionales obligatorias:**
 - i. Estar inscrito en uno o más de los siguientes programas con criterios iguales o por debajo del 200 % de las directrices federales de pobreza actuales:
 1. Participar en el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
 2. Ser elegible para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
 3. Programa de Asistencia de Energía para Viviendas de Bajos Ingresos (LIHEAP)

LAS COPIAS SOLO SON VÁLIDAS EL DÍA EN QUE SE IMPRIMEN - LA POLÍTICA OFICIAL ESTÁ EN MCN

4. Programa de Asistencia de Energía para Viviendas de Wisconsin (WHEAP)
 5. Estar inscrito en un programa organizado basado en la comunidad que dé acceso a atención médica que evalúe y documente como criterio el estado económico de bajos ingresos limitados
 6. Recibir una subvención de ayuda por servicios médicos
2. HSHS puede usar programas externos para verificar la capacidad de pago de los pacientes (por ejemplo, SearchAmerica). Si se determina que un paciente no puede pagar los servicios médicamente necesarios por medio de esos programas externos, las cuentas se ajustarán como caridad. Consulte “Posible elegibilidad” (arriba).
 3. Los pacientes que se determine que son elegibles para el Programa de ayuda económica conservarán la elegibilidad por un período hasta de seis (6) meses a partir de la fecha de aprobación. Al final de los seis (6) meses, los pacientes serán responsable de volver a presentar una solicitud para la elegibilidad según el Programa de ayuda económica.

G. Exclusión de activos

HSHS puede excluir los siguientes activos mencionados abajo del cálculo de activos netos disponibles del grupo familiar sin afectar la elegibilidad para el Programa de ayuda económica. Sin embargo, cualquier sistema local que no aplique un descuento para pacientes sin seguro deberá cumplir los requisitos de 210 ILCS 89(10)(c)(4).

1. Una vivienda que sea la residencia principal
2. Propiedad personal para uso en la vivienda
3. Vehículos hasta un valor combinado de \$15,000; el valor se basará en la cantidad de tasación actual según Blue Book (excluye casas rodantes)
4. Activos líquidos, incluyendo dinero en efectivo, ahorros, acciones, bonos, etc. hasta \$1,000 para una persona; \$2,000 para dos personas; y \$500 por cada persona adicional en el grupo familiar
5. Cualquier fondo reservado en una cuenta de jubilación según lo define el Servicio de Impuestos Internos
6. Otros activos directamente relacionados con los ingresos y el sustento del grupo familiar pueden estar exentos si HSHS los considera necesarios y razonables para que el grupo familiar siga teniendo la capacidad de mantenerse económicamente.
7. Pagos mensuales a un centro de atención residencial o de vida asistida

H. Comunicación del Programa de ayuda económica para los pacientes

1. El aviso sobre la disponibilidad de ayuda económica de HSHS incluirá lo siguiente:
 - a. Copias impresas: La política del Programa de ayuda económica, la solicitud de FAP y el resumen en lenguaje simple estarán disponibles a pedido y sin cargo, por correo y en lugares públicos en los hospitales de los sistemas locales, incluyendo, como mínimo, la sala de emergencias (si corresponde) y áreas de ingreso.
 - b. Admisión y alta: El resumen en lenguaje simple y la solicitud de FAP se les ofrecerán a los pacientes durante los procesos de registro, postregistro o alta.

LAS COPIAS SOLO SON VÁLIDAS EL DÍA EN QUE SE IMPRIMEN - LA POLÍTICA OFICIAL ESTÁ EN MCN

- c. Letreros: La disponibilidad del Programa de ayuda económica se anunciará en letreros del tamaño de un póster, situados en las áreas del Departamento de Emergencias, Ingresos (Admissions), unidades para pacientes ambulatorios y salas de espera. Se incluirá un teléfono de llamada sin costo.
 - d. Internet: La política del Programa de ayuda económica, la solicitud de FAP y el resumen en lenguaje simple estarán disponibles en el sitio web de HSHS (www.hshs.org).
 - e. Estados de cuenta del paciente: Cada cuenta, factura u otro resumen de cargos deberá incluir una declaración visible de que la persona puede pedir que la consideren según el Programa de ayuda económica, incluyendo el número de teléfono de Servicios de Ayuda Económica para Pacientes y la dirección directa al sitio web donde se pueden obtener copias de la política del Programa de ayuda económica, la solicitud de FAP y el resumen en lenguaje simple.
 - f. Traducciones: HSHS ofrecerá traducciones del Programa de ayuda económica, la solicitud de FAP y un resumen en lenguaje simple en el idioma que hablan los grupos lingüísticos con dominio limitado del inglés que constituyan lo que sea menor entre 1,000 personas o el cinco por ciento (5 %) de la comunidad que sirva el sistema local o la población que probablemente se verá afectada o que atenderá el sistema local aplicable.
 - g. Difusión a la comunidad: HSHS tomará medidas para avisar e informar a los miembros de la comunidad del Programa de ayuda económica.
2. Una parte interesada puede presentar una solicitud al Programa de ayuda económica en nombre de los pacientes (sujeto a las leyes de privacidad), incluyendo, entre otros:
 - a. Paciente o garante
 - b. Líder o representante de una comunidad religiosa
 - c. Médico personal u otros profesionales de atención médica
 - d. Cualquier miembro del personal de HSHS o personal médico
 - i. Entre los ejemplos se incluyen: médicos, enfermeros, asesores económicos, trabajadores sociales, administradores de casos, capellanes y patrocinadores religiosos.

VI. PROCESO DE FACTURACIÓN Y COBRO

Como se describe abajo, HSHS hará todo lo posible para determinar si un paciente es elegible según este Programa de ayuda económica para recibir ayuda económica antes de que se aplique una ECA.

A. Procesamiento de las solicitudes del Programa de ayuda económica

Salvo lo dispuesto abajo, los pacientes pueden presentar una solicitud al Programa de ayuda económica en cualquier momento durante el período de solicitud, que generalmente es de 240 días a partir de la fecha de la primera factura posterior al alta, como se define en la Sección III. Las determinaciones de elegibilidad para ayuda económica se procesarán según las siguientes categorías generales.

1. Determinaciones de posible elegibilidad. Si se determina que un paciente es posiblemente elegible para menos que la ayuda más generosa disponible según el Programa de ayuda económica (por ejemplo, la determinación de elegibilidad se basa en una solicitud presentada en relación con atención anterior), HSHS o el sistema local informarán a la persona de la razón para la determinación y le darán al paciente un período razonable para solicitar una asistencia más generosa antes de iniciar una ECA.

LAS COPIAS SOLO SON VÁLIDAS EL DÍA EN QUE SE IMPRIMEN - LA POLÍTICA OFICIAL ESTÁ EN MCN

2. Solicitudes de FAP incompletas. Si un paciente presente una solicitud de FAP incompleta durante el Período de solicitud, HSHS o el sistema local deberán informar al paciente, por escrito, de cómo completar la solicitud de FAP y le darán una oportunidad razonable para hacerlo (no menos de 30 días desde la fecha en que se haya informado de la solicitud incompleta). Durante este tiempo, el proceso de facturación estándar continuará, pero cualquier ECA pendiente deberá suspenderse y el aviso por escrito deberá (i) describir la información o documentación adicionales necesarias según el Programa de ayuda económica o la solicitud FAP que se necesita para completar la solicitud, e (ii) incluir la información de contacto adecuada.
3. Solicitudes de FAP completas. Si un paciente presenta una solicitud de FAP completa durante el Período de solicitud, HSHS o el sistema local deberán suspender inmediatamente cualquier ECA para obtener el pago de la atención, tomar una determinación de elegibilidad y dar un aviso por escrito, como se muestra abajo.
4. Aplazamiento o denegación de la atención. Excluyendo cualquier servicio prestado a un paciente como atención de emergencia, HSHS o el sistema local pueden aplazar o denegar la atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de una o más facturas por atención que se hubiese dado antes, cubierta según el Programa de ayuda económica. Al paciente se le ofrecerá una solicitud de FAP o el Resumen en lenguaje simple de ayuda económica, y se le dirá que hay ayuda económica disponible para los pacientes elegibles, y la fecha límite, si hay, después de la que HSHS o el sistema local ya no aceptarán ni procesarán solicitudes que presente (o, si corresponde, complete) el paciente para la atención en cuestión que se había dado antes. Este plazo no podrá ser antes de los 30 días después de la fecha en que se dé el aviso por escrito o los 240 días después de la fecha en que se dé el primer estado de cuenta después del alta por la atención que se había dado antes.

B. Aviso de determinación del Programa de ayuda económica

1. Determinaciones. Una vez que HSHS determine el saldo final que debe el paciente y se reciba una solicitud FAP completada en la cuenta del paciente, HSHS informará al paciente, al tutor legal del paciente o a la parte responsable, por escrito, de la determinación final en un plazo de cuarenta y cinco (45) días calendario. El aviso incluirá una determinación de la cantidad que el paciente o la parte responsable deberán pagar, si se aprueba menos del 100 % de la ayuda económica. Si la solicitud para el Programa de ayuda económica se deniega, se enviará un aviso en el que dirá el motivo de la denegación e instrucciones para la apelación o reconsideración.
2. Reembolsos. HSHS o el sistema local darán un reembolso por la cantidad que un paciente haya pagado por atención, que supere la cantidad que se haya determinado que el paciente es personalmente responsable de pagar según el Programa de ayuda económica, a menos que dicha cantidad en exceso sea de menos de \$5.00.
3. Reversión de ECA. En la medida en que se determine que un paciente es elegible para la ayuda económica según el Programa de ayuda económica, HSHS o el sistema local tomarán todas las medidas razonablemente disponibles para revertir cualquier ECA tomada contra el paciente para obtener el pago de la atención. Normalmente, dichas medidas razonablemente disponibles incluyen, entre otras, medidas para anular cualquier decisión en contra de la persona, levantar cualquier embargo o derecho de retención sobre la propiedad de la persona y quitar de su reporte cualquier información negativa que se dé a una agencia de reportes de crédito del consumidor u oficina de crédito.

LAS COPIAS SOLO SON VÁLIDAS EL DÍA EN QUE SE IMPRIMEN - LA POLÍTICA OFICIAL ESTÁ EN MCN

C. Apelaciones

1. El paciente o la parte responsable pueden apelar una denegación de elegibilidad para ayuda económica presentando más información al Departamento de Cuentas de Pacientes (Patient Accounts Department) en un plazo de catorce (14) días calendario desde la recepción del aviso de denegación. Todas las apelaciones las revisará el administrador de Cuentas de Pacientes o el director financiero para una determinación definitiva. Si la determinación final confirma la denegación de ayuda económica, se enviará un aviso por escrito al paciente, al tutor legal o a la parte responsable.
2. Si se presenta una apelación en un plazo de catorce (14) días calendario desde la determinación definitiva, se suspenderán todos los esfuerzos de cobro hasta que se obtenga el resultado final del proceso de apelación.

VII. ADMINISTRACIÓN

A. Requisitos de presentación de reportes

1. Cada sistema local de Illinois debe poder proporcionar lo siguiente cuando se pida:
 - a. Solicitud del Programa de ayuda económica
 - b. Criterios aceptados de posible elegibilidad
 - c. Estadísticas de ayuda económica (cuando lo exija la Oficina del Fiscal General de Illinois [Illinois Office of the Attorney General])
 - d. Solicitudes presentadas (completas e incompletas)
 - e. Solicitudes aprobadas (incluyendo la cantidad aprobada mediante posible elegibilidad)
 - f. Solicitudes denegadas
 - g. Cantidad en dólares de ayuda económica, al costo
 - h. Descripción de la tecnología, electrónica y de la información, que se use
2. Para los sistemas locales de Illinois, esta información se debe enviar anualmente a la Oficina del Fiscal General de Illinois.
3. Cada sistema local de Wisconsin debe poder proporcionar lo siguiente cuando se pida:
 - a. Solicitud del Programa de ayuda económica
 - b. Criterios aceptados de posible elegibilidad
 - c. Cantidad de solicitudes presentadas (completas e incompletas)
 - d. Cantidad de solicitudes aprobadas (incluyendo la cantidad aprobada mediante posible elegibilidad)
 - e. Cantidad de solicitudes denegadas
 - f. Cantidad en dólares de ayuda económica proporcionada (desde el principio del año hasta la fecha)



LAS COPIAS SOLO SON VÁLIDAS EL DÍA EN QUE SE IMPRIMEN - LA POLÍTICA OFICIAL ESTÁ EN MCN

B. Administración de la política

1. Los servicios prestados como resultado de un accidente están sujetos a todos los instrumentos legales necesarios para asegurar el pago de la responsabilidad a terceros, incluso si estos instrumentos se presentan después de que se haya aprobado la elegibilidad inicial del paciente para el Programa de ayuda económica. Si hay cobertura de terceros, HSHS buscará y cobrará el saldo adeudado del tercero pagador.
2. Esta política la supervisará el gerente de Cuentas de Pacientes (u otro colega que designe el CFO del sistema local, el CFO de la División o el vicepresidente del Sistema de ciclo de ingresos), que será responsable de administrar el programa, asegurar que las determinaciones de ayuda económica cumplan los requisitos de esta política, e informar al paciente o la parte responsable de la determinación final. Cualquier solicitud de familiares, amigos o asociados se debe remitir al director de Servicios de Ayuda Económica para Pacientes o un puesto similar de HSHS o Medical Group. Se da la siguiente autoridad de aprobación MÍNIMA según esta política:
 - a. \$0 a \$4,999 - Representante de Cuentas de pacientes o asociados de Servicio al cliente
 - b. \$5,000 a \$24,999 - Gerente de Servicios de Ayuda Económica para Pacientes o coordinadores
 - c. \$25,000 a \$100,000 - Director de Servicios de Ayuda Económica para Pacientes (de la división)
 - d. Más de \$100,001 - Director de finanzas, vicepresidente o CFO de HSHS; CFO o delegado de Medical Group.
3. Otras circunstancias pueden mostrar de manera convincente que el pago completo de gastos médicos pendientes podría causar graves dificultades sociales o económicas al paciente o al grupo familiar. Estas circunstancias pueden hacer que se justifique una reducción excepcional por ayuda económica que se considerará caso por caso.
4. Las directrices precedentes se tienen en cuenta al establecer el Programa de ayuda económica. HSHS puede modificar estas directrices en cualquier momento de acuerdo con la ley vigente. HSHS se reserva el derecho de aprobar o rechazar una solicitud de ayuda económica recibida, a su discreción. Para implementar esta política, la gerencia de HSHS deberá cumplir todas las demás leyes, normas y reglamentaciones federales, estatales y locales que se puedan aplicar a las actividades realizadas según esta política del Programa de ayuda económica.

ORIGINADOR: Mark D. Evard
Vicepresidente, Administración del Ciclo de Ingresos

LÍDER RESPONSABLE: Michael Scialdone
SVP - Director financiero

Aprobación administrativa: Damond Boatwright
Presidente y CEO

APÉNDICE A

NIVEL DE DESCUENTO

Descuento para personas sin seguro: HSHS dará un descuento para personas sin seguro cuando se den los cargos sin descuento. Este descuento se aplicará a las cuentas de los pacientes que no tengan cobertura de pago de un seguro médico o de otros terceros pagadores. Los centros y las clínicas médicas rurales de HSHS de Illinois ofrecerán un 72 % de descuento. Los centros de HSHS del este de Wisconsin ofrecerán un 66 % de descuento. Los centros de HSHS del oeste de Wisconsin ofrecerán un 57 % de descuento. HSHS Medical Group y Prairie Cardiovascular Consultants ofrecerán un 35 % de descuento.

Descuento para servicios elegibles de HSHS (Illinois): Solicitantes que cumplen los límites de activos y cuyo grupo familiar tiene ingresos:

1. Por debajo del 200 % del FPL, son elegibles para recibir un descuento del 100 %.
2. Por encima del 200 % del FPL, pero igual o por debajo del 300 %, son elegibles para recibir un descuento del 90 %.
3. Por encima del 300 % del FPL, pero igual o por debajo del 400 %, son elegibles para recibir un descuento del 80 %.
4. Según la Ley de descuentos para pacientes sin seguro de hospitales de Illinois (210 ILCS 89/1) (HUPDA) a partir del 4/1/09, la elegibilidad para ayuda económica para pacientes con ingresos familiares del 400 % al 600 % del FPL está restringida a pacientes que residan en Illinois y que tengan cargos por servicios médicamente necesarios que superen los \$150. Además, de acuerdo con esta ley, HSHS ha comparado los descuentos para el 135 % de la relación costos-gastos del hospital con la AGB y ha aplicado los descuentos más generosos para los pacientes. Por encima del 600 % del FPL, no se ofrecen descuentos, con la excepción de los gastos catastróficos de atención médica que se consideran caso por caso.

Descuento para servicios elegibles de HSHS (Wisconsin): Solicitantes que cumplen los límites de activos y cuyo grupo familiar tiene ingresos:

1. Por debajo del 200 % del FPL, son elegibles para recibir un descuento del 100 %.
2. Por encima del 200 % del FPL, pero igual o por debajo del 300%, son elegibles para recibir un descuento del 80 %.
3. Por encima del 300 % del FPL, pero igual o por debajo del 400%, son elegibles para recibir un descuento del 70 %.
4. Por encima del 400 %, no se ofrecen descuentos, a excepción de los gastos catastróficos de atención médica que se consideran caso por caso.

DIRECTRICES FEDERALES DE POBREZA DE 2024

Fuente: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

DIRECTRICES DE POBREZA DE 2024 PARA LOS 48 ESTADOS CONTIGUOS Y EL DISTRITO DE COLUMBIA						
(en vigor a partir del 12 de enero de 2024)						
PERSONAS EN LA FAMILIA/GRUPO FAMILIAR	DIRECTRIZ DE POBREZA 100 %	200 %	300 %	400 %	500 %	600 %
1	\$15,060	\$30,120	\$45,180	\$60,240	\$75,300	\$90,360
2	\$20,440	\$40,880	\$61,320	\$81,760	\$102,200	\$122,640
3	\$25,820	\$51,640	\$77,460	\$103,280	\$129,100	\$154,920
4	\$31,200	\$62,400	\$93,600	\$124,800	\$156,000	\$187,200
5	\$36,580	\$73,160	\$109,740	\$146,320	\$182,900	\$219,480
6	\$41,960	\$83,920	\$125,880	\$167,840	\$209,800	\$251,760
7	\$47,340	\$94,680	\$142,020	\$189,360	\$236,700	\$284,040
8	\$52,720	\$105,440	\$158,160	\$210,880	\$263,600	\$316,320
Para familias/grupos familiares con más de 8 personas, agregue \$5,380 por cada persona adicional						

APÉNDICE B

La información de la Política de ayuda económica de Hospital Sisters' Health System y la Política de facturación y cobro de Hospital Sisters' Health System se pondrá a disposición de los pacientes y de las comunidades a las que sirve HSHS por medio de diversas fuentes.

Todas las solicitudes completadas junto con todos los documentos adjuntos se deben enviar a la siguiente dirección:

Patient Financial Services
Attention: Financial Assistance Program
P.O. Box 13427
Springfield, IL 62791

Fax - (217) 492-2339
Email - ILSBO@hshs.org

ACCESO PÚBLICO A LA POLÍTICA

La información de la Política de ayuda económica de Hospital Sisters' Health System y la Política de facturación y cobro de Hospital Sisters' Health System se pondrá a disposición de los pacientes y de las comunidades a las que sirve HSHS por medio de diversas fuentes.

Los pacientes y garantes pueden pedir copias de la Política de ayuda económica, la Política de facturación y cobro, la Solicitud de ayuda económica o el Resumen en lenguaje sencillo por correo, por teléfono o conectándose a nuestro sitio web: www.hshs.org.

Los pacientes y garantes pueden pedir copias de la Política de ayuda económica, la Política de facturación y cobranza, la Solicitud de ayuda económica o el Resumen en lenguaje sencillo personalmente en cualquiera de los ministerios del sistema. Las solicitudes están disponibles en las áreas de acceso de los pacientes, registro, admisión y Departamento de Emergencias, o pidiendo ayuda a un colega de HSHS. También hay asesores económicos disponibles en cada uno de los siguientes lugares:

División de Illinois:

HSHS St. John's Hospital

800 E. Carpenter St.
Springfield, IL 52769
Teléfono: 217-544-6464
Lunes-viernes, 8 a. m. - 4:30 p. m.

HSHS St. Francis Hospital

1215 Franciscan Drive
Litchfield, IL 62056
Teléfono: 217-324-2191
Lunes-viernes, 8 a. m. - 4:30 p. m.

HSHS Medical Group

3051 Hollis Drive
Springfield, IL 62704
Teléfono: 217-321-9292
Lunes-viernes, 8 a. m. - 4:30 p. m.

HSHS Good Shepherd Hospital

200 S. Cedar St.
Shelbyville, IL 62565
Teléfono: 217-774-3961
Lunes-viernes, 8 a. m. - 4:30 p. m.

HSHS St. Mary's Hospital

1800 E. Lake Shore Drive
Decatur, IL 62521
Teléfono: 217-464-2966
Lunes-viernes, 8 a. m. - 4:30 p. m.

Prairie Cardiovascular

619 E. Mason Street
Springfield, IL 62769
Teléfono: 217-788-0706
Lunes-viernes, 8 a. m. - 4:30 p. m.

HSHS St. Elizabeth's Hospital

1 St. Elizabeth's Blvd
O'Fallon, IL 62269
Teléfono: 618-234-2120
Lunes-viernes, 8 a. m. - 4:30 p. m.

HSHS St. Joseph's Hospital

12866 Troxler Avenue
Highland, IL 62249
Teléfono: 618-651-2600
Lunes-viernes, 8 a. m. - 4:30 p. m.

HSHS St. Anthony's Memorial Hospital

503 N. Maple Street
Effingham, IL 62401
Teléfono: 217-342-2121
Lunes-viernes, 8 a. m. - 4:30 p. m.

HSHS St. Joseph's Hospital

9515 Holy Cross Lane
Breese, IL 62230
Teléfono: 618-526-4511
Lunes-viernes, 8 a. m. - 4:30 p. m.

HSHS Holy Family Hospital

200 Healthcare Drive
Greenville, IL 62246
Teléfono: 618-664-1230
Lunes-viernes, 8 a. m. - 4:30 p. m.

División de Wisconsin:

HSHS St. Vincent Hospital

835 S. Van Buren St.
Green Bay, WI 54301
Teléfono: 920-433-0111
Lunes-viernes, 8 a. m. - 4:30 p. m.

HSHS St. Mary's Hospital Medical Center

1726 Shawano Ave.
Green Bay, WI 54303
Teléfono: 920-498-4200
Lunes-viernes, 8 a. m. - 4:30 p. m.

HSHS St. Joseph's Hospital

2661 County Highway I
Chippewa Falls, WI 54729
Teléfono: 715-723-1811
Lunes-viernes, 8 a. m. - 4:30 p. m.

HSHS St. Nicholas Hospital

3100 Superior Ave.
Sheboygan, WI 53081
Teléfono: 920-459-8300
Lunes-viernes, 8 a. m. - 4:30 p. m.

HSHS St. Clare Memorial Hospital

855 S. Main St.
Oconto Falls, WI 54154
Teléfono: 920-846-3444
Lunes-viernes, 8 a. m. - 4:30 p. m.

HSHS Sacred Heart Hospital

900 W Clairemont Ave
Eau Claire, WI 54701
Teléfono: 715-717-4121
Lunes-viernes, 8 a. m. - 4:30 p. m.

APÉNDICE C
Proveedores y departamentos cubiertos

Para obtener una lista completa de los proveedores que aceptan y no aceptan la Política de ayuda económica de HSHS, visite nuestro sitio web en www.hshs.org. También puede comunicarse con su oficina comercial local de HSHS para obtener esta información. La información de contacto de cada ministerio local se incluye en esta política, Apéndice B.

APÉNDICE D

CANTIDADES NORMALMENTE FACTURADAS (AGB)

La cantidad normalmente facturada es el pago que se espera del paciente, o del garante del paciente, por los servicios de emergencia o médicamente necesarios. Para los pacientes sin seguro que califiquen, esta cantidad no superará una tarifa que se determinará usando un método retroactivo descrito en §1.500-5(b) (3) del Código del Servicio de Impuestos Internos. El método retroactivo estará basado en la tarifa por servicios de Medicare junto con todas las aseguradoras médicas privadas que pagan los reclamos. Los reclamos que se incluirán en el cálculo de AGB serán reclamos permitidos durante el período anterior del año calendario de doce meses. El numerador estará compuesto por todos los reclamos permitidos de los reclamos de cargo por servicio de Medicare y todas las aseguradoras médicas privadas que pagan reclamos, incluyendo las cantidades de coseguro, copagos y deducibles. Los cargos brutos por dichos reclamos se incluirán en el denominador. La AGB se calcula con una frecuencia no menor a la anual y está disponible cuando se pida a cada ministerio local u Oficina Única de Facturación de HSHS y públicamente en el sitio web en www.hshs.org. La información de contacto de cada ministerio local u oficina comercial de división está en esta política, Apéndice B.