

**Las copias solo son válidas el día en que se imprime. La política oficial reside en el MCN**

**SISTEMA:** Hospital Sisters Health System

**MANUAL (S):** Manual ejecutivo

**TÍTULO:** Política del programa de asistencia financiera

**DEPARTAMENTO DE ORIGEN:** Servicios fiscales

**FECHA DE VIGENCIA:** 1 de octubre de 2017

**FECHA DE REVISIÓN :** 2/12/18, 5/14/18, 5/15/18

**SUPERCEDES:** # F-11 2/9/09, 7/89, A-27, # A-1563 3/86, # A-43

### **I. POLÍTICA:**

El Sistema de Salud de Hospital Sisters (HSHS, por sus siglas en inglés) y la misión y los valores de cada Sistema Local afiliado alientan a las personas en las comunidades en las que prestamos servicios para brindar atención a todas las personas, incluidas las personas y familias con limitaciones financieras. Estamos comprometidos a brindar asistencia financiera a las personas que tienen necesidades de atención médica y no tienen seguro, tienen seguro insuficiente, no son elegibles para los programas del gobierno o no pueden pagar la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria en función de su situación financiera individual.

El Programa de asistencia financiera de HSHS no es un sustituto de la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de HSHS para obtener asistencia financiera y que contribuyan al costo de su atención en función de su capacidad individual de pago. HSHS estableció las disposiciones de esta política del Programa de asistencia financiera para administrar los recursos financieros de manera responsable y para ayudar a los pacientes que lo necesitan.

### **II. PROPÓSITO:**

La política del Programa de asistencia financiera permite a HSHS determinar la elegibilidad para asistencia financiera para los pacientes que cumplan con los criterios de elegibilidad establecidos. Esta política no ofrece una disposición para asistencia a pacientes con medios suficientes que se nieguen a pagar por los servicios médicos prestados a ellos o a sus familiares. El Programa de asistencia financiera está destinado a ayudar a los pacientes a resolver sus saldos médicos de HSHS después de agotar todas las demás opciones financieras. La política también identifica los pasos que HSHS tomará para comunicar la disponibilidad de asistencia financiera e identifica los plazos y las restricciones aplicables a las acciones de cobro. Cualquier información recopilada por HSHS durante este proceso está sujeta a las políticas de HSHS sobre protección de información confidencial.

El objetivo de la política es satisfacer los requisitos estatales y federales correspondientes a la atención de caridad, incluida la Ley de descuento para pacientes no asegurados del Hospital de Illinois y el Código de la Sección 501 (r) del Código de Rentas Internas de 1986, según sus enmiendas, y las regulaciones correspondientes.

### **III. DEFINICIONES:**

Para los fines de esta política, los términos a continuación se definen de la siguiente manera:

**A. Activos:** propiedad de todo tipo, real y personal, tangible e intangible, que es legalmente aplicable o está sujeta al pago de las deudas del paciente, incluidos, entre otros, el efectivo disponible, las 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", como se define aquí, no se incluya en la determinación de los activos.

**B. Montos generalmente facturados o "AGB":** los montos generalmente facturados por servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios para las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención, como se explica más adelante en el Apéndice D.

**C. Período de solicitud:** el período durante el cual se puede presentar una solicitud de FAP para considerar la elegibilidad de la Asistencia financiera. El Período de Solicitud comienza en la fecha en que se proporciona la atención y finaliza a más tardar el día 240 después de la fecha en que se proporciona la primera declaración posterior al alta de la atención o bien: (i) la fecha especificada en un aviso por escrito de HSHS con respecto a su intención de iniciar ECAs; o (ii) en el caso de un paciente que ha sido considerado presumiblemente elegible para recibir asistencia financiera en menos del 100%, el final del tiempo razonable para solicitar la asistencia financiera como se describe en la Sección VI.

**D. Caridad o asistencia financiera:** el ajuste a los cargos por servicios médicos gratuitos o con descuento que se proporcionan a las personas que cumplen con ciertos criterios financieros.

**E. Colega o delegado:** empleados o contratistas de HSHS que ayudarán a los pacientes con el proceso para solicitar asistencia financiera en virtud de este Programa de asistencia financiera.

**F. Requisitos de la Sección 501 (r) del Código:** Los requisitos de la Sección 501 (r) del Código de Rentas Internas de 1986, según sus enmiendas cada cierto tiempo, y los Reglamentos del Tesoro relacionados con asistencia financiera, limitaciones de cargos, y facturación y actividades de colecciones.

**G. Servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios:** servicios médicos de emergencia brindados en un entorno de sala de emergencia; Servicios de atención médica para una afección que, si no se trata de forma inmediata, daría lugar a un cambio adverso en el estado de salud de una persona; Servicios no electivos proporcionados en respuesta a circunstancias que ponen en peligro la vida en una sala que no sea de emergencia; y otros servicios médicamente necesarios, todos evaluados caso por caso únicamente a discreción de HSHS para los fines de la aplicación de este Programa de asistencia financiera.

**H. Acciones de cobranza extraordinarias o "ECA":** para los propósitos de esta política del Programa de asistencia financiera, las ECA son aquellas actividades identificadas en los requisitos de la Sección 501 (r) del Código, que pueden incluir:

1. Vender la deuda de un individuo 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 adversa sobre el individuo a agencias de informes crediticios del consumidor o agencias de crédito.
3. Acciones que requieren un proceso legal o judicial, a excepción de reclamaciones presentadas en un procedimiento de bancarrota o lesiones personales.

**I. Familia:** definida por la Oficina del Censo como un grupo de dos o más personas que viven juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Si un paciente reclama a alguien como dependiente en su declaración de impuestos sobre el ingreso en cumplimiento de las reglas del Servicio de Impuestos Internos, entonces puede considerarse un dependiente para los fines de la provisión de asistencia financiera.

**J. Ingreso familiar:** el ingreso es el total anual de los ingresos en efectivo de todas las fuentes, antes de impuestos, menos los pagos realizados para la manutención de los hijos, que incluye, entre otros; sueldos y salarios antes de las deducciones, propinas, recibos netos de ingresos por trabajo por cuenta propia no agrícola, recibos netos del trabajo por cuenta propia en granjas, pagos de seguridad social, jubilación ferroviaria, compensación por desempleo, beneficios de compensación para trabajadores, pagos de veteranos, pagos de asistencia pública, seguridad suplementaria Ingresos, Seguro Social por Incapacidad Ingresos, pensión alimenticia, asignaciones militares, pensiones privadas, pensiones del gobierno, pagos de anualidades, subvenciones, becas, dividendos, intereses, alquileres netos, pagos netos, apuestas netas o ganancias de lotería, asistencia fuera del hogar y otros. fuentes. Los beneficios que no sean en efectivo (como los cupones de alimentos, los subsidios de vivienda y la manutención de los hijos) no cuentan como ingresos.

**K. Solicitud de FAP:** la información y la documentación adjunta que un paciente envía para solicitar asistencia financiera en virtud de un Programa de asistencia financiera.

**L. Pautas de pobreza federales:** las pautas de pobreza de ingresos federales publicadas más recientes para un hogar según lo publicado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Y actualizadas periódicamente. Vea el Apéndice A para las pautas más actuales.

**M. Garante:** una persona, que puede o no ser el paciente responsable del pago de la factura del paciente.

**N. Servicios de atención médica:** servicios médicos proporcionados a la persona en el entorno de HSHS, incluidos, entre otros, servicios de diagnóstico médico y quirúrgicos, así como alojamiento y comida; entorno de diagnóstico para pacientes ambulatorios, incluidos, entre otros, los Servicios de diagnóstico, los Servicios terapéuticos y los Servicios de apoyo crónico, que incluyen el uso de equipos, suministros y servicios profesionales (excepto los médicos que no pertenecen a HSHS).

**O. Instalación hospitalaria:** una instalación que es requerida por un estado para tener licencia, registro o reconocimiento similar como un hospital. Múltiples edificios operados bajo una única licencia estatal se consideran una sola instalación hospitalaria.

**P. Ley de descuento para pacientes no asegurados del hospital de Illinois:** una ley de Illinois que exige a los hospitales de Illinois dar a los pacientes no asegurados un descuento en sus facturas médicas. La ley requiere que los pacientes soliciten el descuento dentro de los 60 días de haber recibido su factura médica inicial.

**Q. tutor legal:** un sustituto legal reconocido para el paciente con respecto a las decisiones médicas y financieras, a quienes se les autorizaría según la ley estatal aplicable a recibir información confidencial sobre el cuidado de la salud del paciente. Esto incluye a los padres que son legalmente responsables de sus hijos menores de edad, los familiares cercanos reconocidos por el paciente o la ley estatal aplicable por tener la capacidad legal de

actuar en nombre del paciente con respecto a decisiones médicas y / o financieras, o un tutor legal bajo la ley estatal aplicable.

**R. Atención de caridad médicamente indigente:** servicios de atención médica prestados en ausencia de recursos financieros suficientes para cubrir los costos de la atención sin efectos catastróficos para la familia individual, en ausencia de cobertura de atención médica catastrófica y para aquellos sin seguro de terceros, que impide la capacidad del individuo para pagar por los servicios, independientemente del nivel de ingresos.

**S. Servicios médicamente necesarios:** servicios de atención médica para una afección que, si no se trata de manera inmediata, daría lugar a un cambio adverso en el estado de salud de una persona; Servicios médicos de emergencia prestados en una sala de emergencia; Servicios no electivos proporcionados en respuesta a circunstancias que ponen en peligro la vida en una sala que no sea de emergencia; y servicios médicamente necesarios, evaluados caso por caso a discreción de HSHS.

**T. Servicios financieros para pacientes:** el departamento responsable de administrar el Programa de asistencia financiera en HSHS y en cada sistema local.

**U. Elegibilidad presunta:** Bajo ciertas circunstancias, los pacientes no asegurados pueden ser presumidos o considerados elegibles para asistencia financiera en función de su inscripción en otros programas de recursos medios u otras fuentes de información, no proporcionados directamente por el paciente, para realizar una evaluación individual de la situación financiera. necesitar.

**V. Parte responsable:** El paciente o cualquier persona legalmente obligada a pagar las deudas del paciente por la atención médica, excluyendo a los pagadores de terceros. Un paciente adulto, que vive en el hogar de un pariente que no sea su cónyuge, incluido un adulto, un hijo soltero que vive en su hogar, se considerará la "parte responsable" a los fines de esta política, sin tener en cuenta los activos y los ingresos del otro parientes que viven en el hogar (excepto un cónyuge).

**W. Entidad relacionada sustancialmente:** una entidad tratada como una sociedad con fines de impuestos federales en los que un Sistema Local posee un interés de capital o ganancias, o una entidad ignorada de la cual el Sistema Local es el único miembro o propietario, que proporciona servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios en una instalación hospitalaria de un sistema local, a menos que la provisión de dicha atención sea un negocio o negocio no relacionado descrito en la sección 513 del Código de Ingresos Internos.

**X. Tercero pagador:** cualquier agente o entidad financiera, como una compañía de seguros, HMO, plan de beneficios para empleados o pagador del gobierno, con una obligación legalmente exigible de pagar los servicios facturados a un paciente por HSHS. Las partes responsables, como se definen en este documento, no se consideran terceros pagadores.

**Y. Seguro insuficiente:** un individuo, con cobertura de seguro público o privado, para quien sería una dificultad financiera pagar por completo los gastos de desembolso esperados por los servicios médicos proporcionados por HSHS.

**Z. Sin seguro:** un individuo, sin cobertura de terceros provista a través de un tercero asegurador comercial, un plan ERISA, un Programa Federal de Atención Médica (que incluye, entre otros, Medicare, Medicaid, SCHIP y CHAMPUS), Compensación al Trabajador u otro tercero Asistencia a la fiesta disponible para cubrir el costo de los gastos de atención médica de un paciente.

**AUTOMÓVIL CLUB BRITÁNICO. Descuento para no asegurados:** a los pacientes sin cobertura de terceros se les proporcionará un descuento para no asegurados, por servicios elegibles proporcionados por HSHS bajo esta política, en el momento en que se realicen los cargos no descontados. A HSHS se le aplicará este descuento automáticamente a los saldos de pacientes no asegurados en el momento de la facturación. Los montos actuales de descuentos no asegurados se publican en el Apéndice A de esta política y son revisados anualmente por la Oficina de Negocios Divisional (DBO) para determinar si son apropiados.

#### **IV. ALCANCE**

La política del Programa de asistencia financiera se aplica a todos los sistemas locales de HSHS y a las entidades sustancialmente relacionadas de dichos sistemas locales. Los servicios elegibles bajo la política de asistencia financiera de HSHS deben ser clínicamente apropiados y dentro de los estándares de práctica médica generalmente aceptados. Incluyen los siguientes:

1. Servicios médicos de emergencia proporcionados en un entorno de emergencia, así como la atención brindada en un entorno de emergencia con el fin de estabilizar la condición del paciente.
2. Servicios no electivos proporcionados en respuesta a circunstancias que amenazan la vida en un entorno que no sea de emergencia.
3. Servicios médicamente necesarios, como los servicios de atención médica para pacientes ambulatorios o ambulatorios brindados con el propósito de evaluar, diagnosticar y / o tratar

- una lesión o enfermedad, así como los servicios que el Medicare u otra cobertura de seguro de salud típicamente definen como “artículos o servicios cubiertos”. "Los
- servicios de los proveedores empleados por HSHS están cubiertos por esta política. Consulte el Apéndice C para obtener una lista completa de los proveedores incluidos.

Los servicios que no son elegibles para asistencia financiera incluyen lo siguiente:

- Los procedimientos electivos no son médicamente necesarios, así como los servicios que, por lo general, no están cubiertos por Medicare ni están definidos por Medicare u otra cobertura de seguro de salud como no médicamente necesarios.
- Cirugía Lasik, acupuntura, puntuación cardíaca, contactos / anteojos, cirugía plástica / servicios de plástico, audífonos, ortodoncia, servicios dentales, optometría y servicios minoristas en efectivo.
- Servicios recibidos de proveedores de atención no empleados por HSHS (por ejemplo, profesionales médicos o médicos privados y / o que no pertenecen a HSHS, transporte en ambulancia, etc.) Se recomienda a los pacientes que se comuniquen directamente con estos proveedores para solicitar la asistencia disponible y hacer los arreglos de pago. . Consulte el Apéndice C para obtener una lista completa de los proveedores no cubiertos por esta política.
- Deducibles y coseguros asociados con servicios médicamente necesarios proporcionados a pacientes fuera de la red según lo definido por sus aseguradores.

#### V. DIRECTRICES / PROCEDIMIENTOS

##### Asesoramiento financiero

- Los servicios financieros del paciente y sus colegas de acceso al paciente o sus designados son responsables de ayudar a los pacientes y sus familias a determinar la elegibilidad y solicitar los programas de seguros federales, estatales y locales y / o el Programa de asistencia financiera. Si es aplicable, se hace referencia para el asesoramiento de la deuda. La información estará disponible en todos los lugares de acceso para pacientes, incluidos los departamentos de emergencia.
- Se utiliza una solicitud de asistencia financiera para recopilar y documentar el seguro y el estado financiero del paciente. El formulario de solicitud estándar se revisa según sea necesario, pero al menos una vez por el Vicepresidente del Sistema de Ciclo de Ingresos o personas designadas para garantizar que incluya toda la información necesaria para procesar la solicitud. Cualquier cambio en el formulario de solicitud estándar se comunica a cada Sistema Local para su implementación y distribución inmediata.
- La cooperación del paciente es necesaria para determinar la elegibilidad en el Programa de asistencia financiera de HSHS.
- Con independencia de elegibilidad para asistencia financiera bajo esta política Programa de asistencia financiera, todos los pacientes sin seguro se proporcionan un descuento sin seguro en el momento de la facturación. Este descuento será un ajuste administrativo, no un ajuste de caridad. Cada sistema local determinará si el paciente puede calificar para un nivel de descuento más alto en función de las comunidades individuales a las que sirve, pero en ningún momento el ajuste será inferior al 25% de los cargos brutos. Los montos actuales de descuentos no asegurados se publican en el Apéndice A de esta póliza y son revisados anualmente por cada Oficina de Negocios Divisional (DBO) para determinar si son apropiados. En el caso de que un paciente sea aprobado posteriormente para un ajuste de caridad, el ajuste de descuento no asegurado correspondiente se anulará y la cantidad se aplicará a una cancelación de caridad.
- Todos los sistemas locales tendrán colegas o delegados disponibles para ayudar a los pacientes a comprender el Programa de asistencia financiera y otros programas de asistencia disponibles de terceros.

##### Criterios de elegibilidad

La asistencia financiera se extenderá a pacientes sin seguro o con seguro insuficiente, o al garante de un paciente, que cumplan con los criterios especificados, como se define a continuación. Estos criterios asegurarán que esta política de asistencia financiera se aplique de manera consistente en todo HSHS. HSHS se reserva el derecho de revisar, modificar o cambiar esta política según sea necesario o apropiado.

- La **no discriminación**. La asistencia financiera bajo esta política está disponible sin importar la raza, el color, el credo, el origen nacional, la edad, la discapacidad, el estado de discapacidad, la afección médica, la orientación sexual o el estado civil del paciente.
- Restricciones de residencia**. Los pacientes que buscan asistencia financiera deben buscar atención médica adecuada en las instalaciones médicas más cercanas a su residencia real. En el caso de que el tratamiento adecuado no esté disponible en su comunidad, el paciente puede ser aprobado previamente para recibir los servicios médicamente necesarios conforme al Programa de Asistencia Financiera de HSHS. Para determinar la residencia, HSHS requiere una identificación válida emitida por el estado, una factura de servicios públicos

recibida en los últimos 60 días, un contrato de arrendamiento, una tarjeta de registro del vehículo, una tarjeta de registro de votantes o un correo dirigido al paciente por una entidad del gobierno local, estatal o federal .

3. **Servicios excluidos.** La atención al paciente, que no es médicamente necesaria, incluida la atención electiva, cosmética u otra atención considerada generalmente no reembolsable por las compañías de seguros tradicionales y pagadores del gobierno no se considerará elegible para asistencia financiera.

4. **Hijos menores / padres divorciados.** Para los hijos menores de padres divorciados, cuando ambos padres / tutores legales sean responsables, se requerirá información sobre ambos padres para completar una Solicitud de asistencia financiera. Sin embargo, si después de esfuerzos razonables, las circunstancias impiden que el solicitante obtenga información financiera para todas las partes responsables, la información de las partes responsables que residen en el mismo hogar del menor de edad / niños se utilizará para tomar la decisión.

5. **Otros recursos.** La asistencia financiera proporcionada por HSHS bajo esta política es secundaria a todos los demás terceros y los recursos financieros disponibles para el paciente. Esto incluye, pero no se limita a:

a. Planes de seguro médico grupales o individuales

b. Planes de beneficios para empleados

c. Planes de Compensación al Trabajador

d. Medicaid, programas médicos estatales o del condado

e. Otros programas estatales, federales o médicos

f. Terceros adjudicados a ser legalmente responsables por los gastos médicos de un paciente (por ejemplo, accidentes automovilísticos o reclamaciones por lesiones personales)

g. Cualquier otra persona o entidad que tenga la responsabilidad legal de pagar por los servicios médicos

h. Fondo de víctimas de delitos (si corresponde)

i. Costo de atención médica cubierto por programas gubernamentales de otros países.

Los solicitantes de asistencia financiera serán responsables de postularse a programas públicos y de obtener cobertura de seguro de salud privado. Se le puede negar asistencia financiera a los pacientes, o los garantes de los pacientes, que deciden no cooperar en la solicitud de programas identificados por HSHS como posibles fuentes de pago por la atención.

Se espera que los solicitantes contribuyan al costo de su atención en función de su capacidad de pago, como se describe en esta política. Los pacientes, o los garantes de los pacientes, identificados como susceptibles de calificar para Medicaid, deben solicitar la cobertura de Medicaid o presentar una denegación de Medicaid recibida dentro de los seis (6) meses anteriores a la solicitud de asistencia financiera de HSHS. Los pacientes, o los garantes de los pacientes, deben cooperar con el proceso de solicitud descrito en esta política para obtener asistencia financiera.

6. **Prueba de activos.** Los activos disponibles de los pacientes se considerarán para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera en virtud del Programa de asistencia financiera. Los pacientes con activos significativos generalmente no son elegibles en el marco del Programa de asistencia financiera. Para propósitos de esta disposición, los activos significativos son activos, distintos de los activos excluidos, con un valor en exceso del 600% de las Pautas Federales de Pobreza para Sistemas Locales en áreas urbanas y 300% de las Pautas Federales de Pobreza para Sistemas Locales en áreas rurales o Que son hospitales de acceso crítico.

7. Se ofrecerá asistencia financiera a pacientes elegibles con seguro insuficiente, siempre que dicha asistencia se realice de conformidad con el acuerdo contractual del asegurador. En general, la asistencia financiera no está disponible para el copago o los saldos del paciente después del seguro en el caso de que un paciente no cumpla razonablemente con los requisitos del seguro, como la obtención de referencias o autorizaciones adecuadas. Los saldos fuera de la red pueden revisarse caso por caso.

a. Se espera que los pacientes con cuentas de salud personales con ventajas impositivas, como una Cuenta de ahorros para la salud, un Acuerdo de reembolso de salud o una Cuenta de gastos flexibles, utilicen los fondos de la cuenta antes de que se les otorgue asistencia financiera.

segundo. HSHS se reserva el derecho de anular los descuentos descritos en este documento en caso de que razonablemente determine que dichos términos violan cualquier obligación legal o contractual de HSHS.

**Disponibilidad de asistencia financiera**

1. Los pacientes que cumplan con los criterios de elegibilidad anteriores pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera.

2. Después de una determinación de elegibilidad, a un paciente elegible no se le puede cobrar más que a AGB por servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios.

3. El método de retrospectiva se utiliza para determinar AGB. Se pueden encontrar más detalles sobre el cálculo de AGB en el Apéndice D. Los miembros del público pueden obtener fácilmente el porcentaje de AGB y una

descripción del cálculo para las instalaciones hospitalarias del Sistema Local aplicable por escrito y sin costo visitando [www.hshs.org](http://www.hshs.org), contactando a Patient Financial Services; o realizar una solicitud en persona en una instalación hospitalaria de un sistema local. La información de contacto para cada Sistema Local, según corresponda, se proporciona en el Apéndice B.

**Pautas para la determinación de asistencia financiera**

1. Los pacientes elegibles sin seguro y con seguro insuficiente pueden calificar para recibir asistencia financiera de acuerdo con las pautas de ingresos familiares y federales de pobreza, como se detalla en el Apéndice A.

2. Para los pacientes sin seguro, la asistencia financiera se aplicará a los cargos brutos (el cargo facturado de HSHS). Para los pacientes con seguro insuficiente, la asistencia financiera se aplicará solo a la cantidad que el paciente es personalmente responsable de pagar, después de que se hayan aplicado los reembolsos y / o los pagos del seguro y de terceros.

3. HSHS considerará las siguientes circunstancias y otras circunstancias similares al evaluar a los solicitantes que de otro modo no califican para recibir asistencia financiera bajo este Programa de asistencia financiera.

a. La deuda médica catastrófica se define como la deuda médica más del 25% del ingreso anual de la familia del paciente. Toda la deuda médica de HSHS en exceso del 25% se ajustaría a la asistencia financiera previa notificación del paciente y la verificación de sus colegas de HSHS.

segundo. El cálculo del marco de tiempo para el límite de ingresos anuales se basará en un período de 12 meses a partir de la fecha más reciente de los servicios médicos.

**Proceso de solicitud para el Programa de asistencia financiera**

1. Todos los pacientes (o sus tutores legales) que deseen ser considerados para el Programa de asistencia financiera deben solicitar asistencia antes o en el momento de la admisión o antes del alta, si es posible. También se les permitirá a los pacientes solicitar la consideración según el Programa de asistencia financiera antes de la colocación de la cuenta en una agencia de cobro de deudas incobrables, de conformidad con los requisitos de la Sección 501 (r) del Código. HSHS puede solicitar que se devuelva una cuenta de una agencia de cobro de deudas incobrables si se aprueba la asistencia financiera de un paciente, siempre que la cuenta se haya enviado a una agencia de deudas incobrables dentro de los doce meses anteriores a la fecha de aprobación de la solicitud.

2. Las instrucciones necesarias para completar la solicitud de FAP se proporcionarán a los pacientes, sus tutores legales o cualquier persona autorizada para actuar en nombre del paciente. HSHS brindará acceso a colegas o delegados para ayudar a los pacientes / tutores legales a comprender los criterios de elegibilidad y cómo llenar la solicitud de FAP.

3. El paciente y / o la parte responsable pueden completar y devolver la solicitud de FAP durante el Período de solicitud.

4. Al considerar una solicitud de FAP, HSHS puede solicitar al paciente que busque otras fuentes de pago, entre las que se incluyen, entre otras, Medicaid, asistencia médica estatal o del condado, fondo de 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 de pago de terceros potenciales de manera oportuna, se considerará que el paciente no es elegible según el Programa de asistencia financiera y HSHS no considerará la solicitud de asistencia financiera del paciente.

5. El paciente (o sus tutores legales) debe divulgar información financiera, según se identifica en esta política del Programa de asistencia financiera y / o la solicitud de FAP, que HSHS considera pertinente para la determinación de la elegibilidad del paciente para la asistencia financiera.

6. Si HSHS lo solicita, los pacientes (o sus tutores legales) que soliciten asistencia financiera deben autorizar a HSHS a realizar consultas a empleadores, bancos, agencias de crédito y otras instituciones con el fin de verificar la información que requiere HSHS para determinar la elegibilidad para asistencia financiera .

7. La solicitud de FAP completa debe ir acompañada de fotocopias legibles y precisas de los siguientes documentos, según sea necesario, para verificar la elegibilidad:

a. Complete las declaraciones de impuestos del IRS para el año calendario más reciente de todas las partes responsables;

segundo. Talones de cheques de nómina o extractos bancarios 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;

do. Verificación por escrito de agencias de asistencia pública, como Medicaid o médica del condado, que refleje los rechazos de elegibilidad (a solicitud) y según corresponda; y

d. Verificación por escrito de la denegación de beneficios de desempleo o compensación del trabajador (a pedido 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 buscan y / o reciben asistencia conforme al Programa de asistencia financiera de HSHS, según lo exigen las políticas de HSHS y las leyes federales y estatales. Se guardarán copias de todos los documentos de respaldo junto 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.

10. Los Servicios financieros para el paciente o los representantes designados pueden entrevistar al paciente o la parte responsable y solicitar una solicitud FAP completa para determinar la necesidad y la elegibilidad para la caridad.

a. HSHS puede solicitar documentación de la información solicitada para verificar la elegibilidad para asistencia financiera y para completar el procesamiento de la solicitud.

segundo. Si HSHS determina que cualquier documentación material o información presentada es falsa o falsa, se denegará la solicitud para el Programa de asistencia financiera. HSHS no reconsiderará una solicitud si los representantes de HSHS determinan que el solicitante ha falseado intencionalmente información material relacionada con los criterios o la documentación de elegibilidad.

11. Las cuentas devueltas por el servicio de cobro debido a la falta de ingresos o activos del deudor calificarán para el estado de caridad debido a su incapacidad para pagar o ser considerados médicamente indigentes por el servicio de cobro independiente. Además, los pacientes para quienes HSHS reciba la confirmación de alta de la bancarrota del Capítulo 7 a través de un Tribunal Federal de Quiebras también calificarán para una caridad del 100%.

12. Sobre la base de la evaluación financiera realizada por el Grupo Médico, HSHS reconocerá la revisión financiera como una base para ajustar la factura del hospital a una organización de caridad de acuerdo con las disposiciones de la política del Programa de Asistencia Financiera. El paciente y / o tutor deben notificar a HSHS de una solicitud aprobada del Programa de Asistencia Financiera verbalmente o por escrito. Tras la notificación, HSHS puede solicitar una confirmación verbal o escrita de la solicitud de FAP aprobada del Grupo Médico.

13. Sobre la base de la evaluación financiera realizada por cualquier Sistema Local de HSHS, el Grupo Médico reconocerá la revisión financiera como una base para brindar asistencia financiera a los pacientes con facturas del Grupo Médico, de conformidad con estas disposiciones del Programa de Asistencia Financiera. El paciente y / o tutor deben notificar al Grupo médico de una solicitud de FAP aprobada. Tras la notificación, el Grupo Médico puede solicitar una confirmación verbal o escrita de la Solicitud FAP aprobada del Sistema Local.

#### Elegibilidad presunta

1. La presunta elegibilidad bajo el Programa de Asistencia Financiera se puede otorgar si el paciente proporciona evidencia de la incapacidad de un paciente para pagar los servicios médicamente necesarios a través de otras fuentes disponibles para HSHS. Una vez determinado, debido a la naturaleza inherente de las circunstancias presuntivas, el único descuento que se puede otorgar es una cancelación del 100% del saldo de la cuenta. La presunta elegibilidad puede determinarse sobre la base de circunstancias individuales que pueden incluir:

#### c. TODOS LOS HOSPITALES (HSHS) Y GRUPOS MÉDICOS:

i. Personas sin hogar

ii. Fallecido sin patrimonio

iii. Incapacitación 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 asistencia para personas de bajos ingresos:

1. Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés)

2. Programa de asistencia de vivienda de alquiler de la Autoridad de Desarrollo de Vivienda de Illinois Programa de asistencia de vivienda del

3. Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin

#### 1. HOSPITALES URBANOS - Categorías obligatorias adicionales:

i. i. Inscripción en uno o más de los siguientes programas con criterios iguales o inferiores al 200% de las Pautas Federales de Pobreza actuales:

1. Participación en programas para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
2. Elegibilidad para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)
3. Illinois gratis Programa de Almuerzo y Desayuno Programa
4. de Almuerzo Gratis de Wisconsin Programa de
5. Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)
6. Programa de Asistencia de Energía para el Hogar de Wisconsin (WHEAP)
7. Inscripción en un programa comunitario organizado que proporciona acceso a atención médica que evalúa y documenta condición financiera limitada de bajos ingresos como criterio
8. Recibo de asistencia de la subvención para 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 sus servicios médicamente necesarios a través de estos programas externos, las cuentas se ajustarán a la caridad. Consulte "Elegibilidad presunta" (arriba).

3. Los pacientes que se determinó que eran elegibles para el Programa de asistencia financiera conservan la elegibilidad por un período de hasta seis (6) meses a partir de la fecha de aprobación. Al final de los seis (6) meses, el paciente es responsable de volver a solicitar la elegibilidad según el Programa de asistencia financiera.

#### Exclusión de activos

1. HSHS puede excluir los siguientes activos enumerados a continuación del cómputo neto de activos disponibles del hogar sin afectar la elegibilidad para el Programa de asistencia financiera. Sin embargo, cualquier Sistema Local que no aplique un 25% de descuento para pacientes no asegurados debe cumplir con los requisitos del 210 ILCS 89 (10) (c) (4).

- re. Un hogar que es la residencia primaria
- e. Bienes personales para uso en el hogar
- f. Vehículo (s) hasta un valor combinado de \$ 15,000 con un valor basado en el monto de tasación actual del libro azul (excluye autocaravanas)
- g. Activos líquidos que incluyen efectivo, ahorros, acciones, bonos, etc. hasta \$ 1,000 para una persona; \$ 2,000 para dos personas; y \$ 500 por cada persona adicional en el hogar
- h. Cualquier fondo reservado en una cuenta de jubilación según lo define el Servicio de Impuestos Internos

i. Otros activos directamente relacionados con los ingresos y el sustento del hogar pueden estar exentos si se consideran necesarios y razonables para la capacidad continua de ganarse el sustento mediante el HSHS.

#### Comunicación del programa de asistencia financiera a los pacientes

1. La notificación sobre la disponibilidad de asistencia financiera de HSHS incluirá lo siguiente:

a. Copias en papel: la política del Programa de asistencia financiera, la solicitud de FAP y el resumen en lenguaje sencillo estarán disponibles a solicitud y sin cargo, tanto por correo como en lugares públicos en las instalaciones hospitalarias de los sistemas locales, incluyendo, como mínimo, en La sala de emergencias (si corresponde) y las áreas de ingreso.

segundo Admisión y alta: el resumen en lenguaje sencillo y la aplicación de FAP se ofrecerán a los pacientes durante los procesos de registro, registro posterior o alta.

hacer. Carteles: la disponibilidad del Programa de asistencia financiera se anunciará en carteles del tamaño de un cartel ubicados en el Departamento de emergencias, Admisiones, servicios ambulatorios y áreas de salas de espera. Se incluirá un número de teléfono gratuito.

re. Internet: la política del Programa de asistencia financiera, la solicitud de FAP y el resumen en lenguaje sencillo estarán ampliamente disponibles en el sitio web de HSHS ([www.hshs.org/financialassistance](http://www.hshs.org/financialassistance)).

mi. Declaraciones del paciente: Cada factura, factura u otro resumen de cargos debe incluir con ella o en ella, una declaración destacada de que él / ella puede solicitar la consideración según el Programa de asistencia financiera, incluido el número de teléfono de Servicios financieros para el paciente y una página web directa. dirección del sitio donde se pueden obtener copias de la política del Programa de asistencia financiera, la solicitud de FAP y el resumen en lenguaje sencillo.



F. Traducciones: HSHS pondrá a disposición traducciones del Programa de asistencia financiera, la solicitud de FAP y el resumen en lenguaje sencillo en el idioma hablado por grupos lingüísticos con dominio limitado del inglés que constituyen el menor de 1,000 individuos o el cinco por ciento (5%) de la comunidad atendida por el Sistema Local aplicable o la población que pueda verse afectada o encontrada por el Sistema Local aplicable.

sol. Alcance a la comunidad: HSHS tomará medidas para notificar e informar a los miembros de la comunidad sobre el Programa de asistencia financiera.

2. Una parte interesada (sujeta a las leyes de privacidad) puede presentar una solicitud del Programa de asistencia financiera en nombre del paciente, que incluye, entre otras:

a. Paciente o garante

b. Líder o representante de la comunidad de fe

c. Médico personal u otros profesionales de la salud

d. Cualquier miembro del personal de HSHS o personal médico

i. Los ejemplos incluyen: médicos, enfermeras, asesores financieros, trabajadores sociales, administradores de casos, capellanes y patrocinadores religiosos.

## VI. PROCESO DE FACTURACIÓN Y RECOLECCIÓN

Como se describe a continuación, HSHS hará esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para este programa de asistencia financiera antes de participar en una ECA.

Procesamiento de solicitudes del Programa de asistencia financiera

Salvo lo que se indica a continuación, un paciente puede presentar una solicitud del Programa de asistencia financiera 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 asistencia financiera se procesarán según las siguientes categorías generales.

1. **Determinaciones presuntivas de elegibilidad.** Si se presume que un paciente es elegible para recibir menos de la asistencia más generosa disponible en el marco del Programa de asistencia financiera (por ejemplo, la determinación de elegibilidad se basa en una solicitud presentada con respecto a la atención previa), HSHS y / o el sistema local notificará a la persona la base de la determinación y le dará al paciente un período de tiempo razonable para solicitar una asistencia más generosa antes de iniciar una ECA.

2. **Aplicaciones FAP incompletas.** En el caso de un paciente que presente una solicitud de FAP incompleta durante el Período de la solicitud, HSHS y / o el Sistema Local notificarán al paciente por escrito sobre cómo completar la solicitud de FAP y le darán al paciente una oportunidad razonable para hacerlo (no para ser menos de 30 días a partir de la fecha de notificación de la solicitud incompleta). Durante este tiempo, el proceso de facturación estándar continuará, pero se suspenderán todas las ECA pendientes, y el aviso por escrito deberá (i) describir la información adicional y / o la documentación requerida según el Programa de asistencia financiera o la solicitud de FAP que se necesita para completar la solicitud, y (ii) incluir información de contacto apropiada.

3. **Completar las solicitudes FAP.** En el caso de un paciente que presente una solicitud de FAP completa durante el Período de la solicitud, HSHS y / o el Sistema local suspenderán, de manera oportuna, cualquier ECA para obtener el pago de la atención, realizar una determinación de elegibilidad y proporcionar una notificación por escrito. , como se indica a continuación.

4. **Aplazar o negar la atención.** Al excluir cualquier servicio brindado a un paciente como atención de emergencia, HSHS y / o el Sistema Local pueden diferir o negar la atención médicamente necesaria debido a que una persona no paga una o más facturas por la atención proporcionada anteriormente cubierta por el Programa de Asistencia Financiera. Se le ofrecerá al paciente una solicitud de FAP y / o el Resumen en lenguaje sencillo de asistencia financiera que indica que la asistencia financiera está disponible para los pacientes elegibles y que establece el plazo, si corresponde, después de lo cual HSHS y / o el sistema local ya no aceptarán ni procesarán una solicitud. Solicitud presentada (o, si corresponde, completada) por el paciente para la atención en cuestión proporcionada anteriormente. Esta fecha límite no deberá ser anterior a los 30 días posteriores a la fecha en que se proporcionó la notificación por escrito o 270 días después de la fecha en que se proporcionó el primer estado de cuenta posterior a la aprobación de la gestión de la atención proporcionada anteriormente.

Notificación de determinación del programa de asistencia financiera

1. **Determinaciones.** Una vez que HSHS determine el saldo final adeudado por el paciente Y se reciba una solicitud de FAP completa en la cuenta de un paciente, HSHS notificará al paciente, al tutor legal del paciente y / o a la parte responsable por escrito de la determinación final dentro de los cuarenta y cinco (45) días del calendario. La notificación incluirá una determinación de la cantidad por la cual el paciente y / o la parte

responsable serán responsables financieramente, si se aprueba por menos del 100% de asistencia financiera. Si se deniega la solicitud para el Programa de asistencia financiera, se enviará un aviso explicando el motivo de la denegación e instrucciones para apelar o reconsiderar.

2. **Reembolsos.** HSHS y / o el Sistema Local proporcionarán un reembolso por la cantidad que un paciente ha pagado por la atención que excede la cantidad que se determina que el paciente es personalmente responsable de pagar conforme al Programa de Asistencia Financiera, a menos que dicha cantidad en exceso sea inferior a \$ 5.00.

3. **Reversión de ECA (s).** En la medida en que se determine que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera bajo el Programa de Asistencia Financiera, HSHS y / 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. Tales medidas razonablemente disponibles generalmente incluyen, pero no se limitan a, medidas para anular cualquier juicio contra el individuo, levantar cualquier gravamen o gravamen sobre la propiedad del individuo y eliminar del informe de crédito del individuo cualquier información adversa reportada a una agencia de informes del consumidor o crédito oficina.

#### Apelaciones

1. El paciente y / o la parte responsable pueden apelar una denegación de elegibilidad para asistencia financiera al proporcionar información adicional al Departamento de Cuentas de Pacientes dentro de los catorce (14) días calendario a partir de la recepción de la notificación de la denegación. Todas las apelaciones serán revisadas por el Gerente de Cuentas de Pacientes y / o el Director de Finanzas para una determinación final. Si la determinación final confirma la denegación previa de asistencia financiera, se enviará una notificación por escrito al paciente, tutor legal y / o parte responsable.

2. Si se presenta una apelación dentro de los catorce (14) días calendario a partir de la determinación final, cualquier esfuerzo de cobro se suspenderá en espera del resultado final del proceso de apelación.

#### VII. ADMINISTRACIÓN

##### Requisitos de informes

1. Cada sistema local en Illinois debe poder proporcionar lo siguiente a solicitud:

- a. Solicitud del Programa de Asistencia Financiera
- b. Criterios de elegibilidad presuntivos aceptados
- c. Estadísticas de asistencia financiera (cuando lo requiera la Oficina del Fiscal General de Illinois)
- d. Solicitudes presentadas (completas e incompletas)
- e. Solicitudes aprobadas (incluido el número aprobado utilizando presunta elegibilidad)
- f. Solicitudes denegadas

g. Monto en dólares de asistencia financiera al costo

h. Descripción de la tecnología electrónica y de información utilizada.

2. Para los sistemas locales en Illinois, esta información debe enviarse anualmente a la Oficina del Fiscal General de Illinois.

3. Cada sistema local en Wisconsin debe poder proporcionar lo siguiente a solicitud:

- a. Solicitud del Programa de Asistencia Financiera
- b. Criterios de elegibilidad presuntivos aceptados
- c. Recuento de solicitudes presentadas (completas e incompletas)
- d. Número de solicitudes aprobadas (incluido el número aprobado utilizando la presunta elegibilidad)
- e. Recuento de solicitudes denegadas
- f. Monto en dólares de la asistencia financiera provista (hasta la fecha)

##### Administración de políticas

1. Los servicios prestados como resultado de un accidente están sujetos a todos los instrumentos legales necesarios para garantizar el pago de responsabilidad civil, incluso si estos instrumentos se presentan después de que se haya aprobado la elegibilidad inicial para el Programa de asistencia financiera para pacientes. Si existe cobertura de terceros, HSHS buscará y cobrará el saldo adeudado al pagador de terceros.

2. Esta política será supervisada por el Gerente de Cuentas de Pacientes (u otro colega designado por el CFO del Sistema Local, el CFO de la División o el Vicepresidente del Ciclo de Ingresos del Sistema), quien será responsable de administrar el programa, asegurando que las determinaciones de asistencia financiera cumplan con los requisitos. requisitos de esta política, y notificar al paciente y / o la parte responsable de la determinación final. Cualquier solicitud de familiares, amigos o asociados debe ser remitida al Director de Servicios Financieros para Pacientes o cargo similar en HSHS o Medical Group. La siguiente **MÍNIMA** autoridad de aprobación se otorga según esta política:

- a. \$ 0 a \$ 2,500: Representante de cuenta del paciente o Asociados de servicio al cliente
- b. \$ 2,501 a \$ 25,000: Gerente de Servicios Financieros para Pacientes o Coordinadores
- c. \$ 25,001 a \$ 100,000: Director de Servicios Financieros para Pacientes (locales o divisionales)
- d. > \$ 100,001: Director de Finanzas, Vicepresidente o Director Financiero de HSHS; Jefe de Grupo Médico Oficial Financiero o delegado.

3. Otras circunstancias pueden mostrar de manera convincente que el pago completo de los gastos médicos pendientes podría causar serias dificultades sociales y / o financieras para el paciente o el hogar. Estas circunstancias pueden justificar una reducción excepcional de la asistencia financiera para ser considerada caso por caso.

4. Las pautas anteriores se establecen al establecer el Programa de asistencia financiera. HSHS puede modificar estas pautas en cualquier momento de acuerdo con la ley existente. HSHS se reserva el derecho de aprobar o rechazar una solicitud de asistencia financiera recibida a su discreción. Al implementar esta Política, la administración de HSHS cumplirá con todas las demás leyes, normas y reglamentos federales, estatales y locales que puedan aplicarse a las actividades realizadas de conformidad con esta política del Programa de Asistencia Financiera.

AUTOR: Nikki Harper, Vicepresidente, Ciclo de Ingresos

LÍDER RESPONSABLE: Mike Cottrell, Director Financiero

APROBACIÓN DE ADMINISTRACIÓN: Mary Starmann-Harrison, Presidente y CEO

#### APÉNDICE A NIVEL DE DESCUENTO

**Descuento no asegurado:** HSHS proporcionará un descuento no asegurado en el momento en que se procesen los cargadores no descontados. Este descuento se aplicará a las cuentas de pacientes sin cobertura para pagos de seguros de salud y / o terceros pagadores. Las instalaciones de Illinois HSHS ofrecerán un 35% de descuento. Las instalaciones de Eastern Wisconsin HSHS ofrecerán un 50% de descuento. Las instalaciones de Western Wisconsin HSHS ofrecerán un descuento del 25%.

**Descuento por servicios de HSHS elegibles (Illinois):** los solicitantes que cumplan con los umbrales de activos y con los ingresos del hogar:

1. Por debajo del 200% de FPL son elegibles para recibir un descuento del 100%.
2. Más del 200% del FPL pero igual o inferior al 300% son elegibles para recibir un descuento del 80%.
3. Más del 300% del FPL pero igual o menos del 350% son elegibles para recibir un descuento del 70%.
4. Más del 400% del FPL pero igual o inferior al 500% son elegibles para recibir un descuento del 60%.
5. Más del 500% del FPL pero igual o inferior al 600% son elegibles para recibir un descuento del 55%.
6. Por encima del 600% del FPL, no se ofrecen descuentos, a excepción de los gastos catastróficos de atención médica y se consideran caso por caso.

**Descuento por servicios de HSHS elegibles (Wisconsin):** los solicitantes que cumplan con los umbrales de activos y con los ingresos del hogar:

1. Por debajo del 200% de FPL son elegibles para recibir un descuento del 100%.
2. Más del 200% del FPL pero igual o inferior al 300% son elegibles para recibir un descuento del 70%.
3. Más del 300% del FPL pero igual o menos del 400% son elegibles para recibir un descuento del 55%.
4. Por encima del 400%, no se ofrecen descuentos, con la excepción de los gastos de atención médica catastróficos considerados caso por caso.

#### PAUTAS FEDERALES DE POBREZA 2019

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

2019 DIRECTRICES pobreza para la CONTIGUA UNIDOS 48 y el Distrito de Columbia

PERSONAS en la familia / hogar	directriz de la pobreza (100%)	200% de pobreza	300% de pobreza	400% de pobreza	500% de pobreza	600% de pobreza
1	\$12,490	\$24,980	\$37,470	\$49,960	\$62,450	\$74,940
2	\$16,910	\$33,820	\$50,730	\$67,640	\$84,550	\$101,460
3	\$21,330	\$42,660	\$63,990	\$85,320	\$106,650	\$127,980
4	\$25,750	\$51,500	\$77,250	\$103,000	\$128,750	\$154,500
5	\$30,170	\$60,340	\$90,510	\$120,680	\$150,850	\$181,020
6	\$34,590	\$69,180	\$103,770	\$138,360	\$172,950	\$207,540
7	\$39,010	\$78,020	\$117,030	\$156,040	\$195,050	\$234,060
8	\$43,430	\$86,860	\$130,290	\$173,720	\$217,150	\$260,580
Para familias / hogares con más de 8 personas, agregue \$ 4,420 por cada persona adicional.						

**APÉNDICE B  
ACCESO PÚBLICO A LA POLÍTICA**

**La información sobre la Política de Asistencia Financiera del Sistema de Salud de las Hermanas del Hospital y la Política de Facturación y Recaudación del Sistema de Salud de las Hermanas del Hospital se pondrá a disposición de los pacientes y las comunidades atendidas por HSHS a través de una variedad de fuentes.**

1. Los pacientes y los garantes pueden solicitar copias de la Política de asistencia financiera, la Política de facturación y cobro, la Solicitud de asistencia financiera y / o el Resumen en lenguaje sencillo por correo, por teléfono o conectándose a nuestro sitio web: [www.hshs.org](http://www.hshs.org).
- 2.

**Wisconsin**

**Illinois**

<u><i>Eastern Wisconsin</i></u>	<u><i>Central Illinois</i></u>
St. Mary's Hospital - Green Bay, WI	St. John's Hospital - Springfield, IL
St. Vincent Hospital - Green Bay, WI	St. Francis' Hospital - Litchfield, IL
St. Nicholas Hospital - Sheboygan, WI	St. Mary's Hospital - Decatur, IL

<p>St. Clare Hospital - Oconto Falls, WI</p> <p>All <b>Eastern Wisconsin</b> completed applications along with all attachments should be sent to the following address:</p> <p>Patient Financial Services  Attention: Financial Assistance Program  PO Box 13508  Green Bay, WI 54307</p> <p>Local - (920) 433-8122  Toll Free - (800) 211-2209  Fax - (920) 431-3161</p>	<p>Good Shepherd Hospital - Shelbyville, IL</p> <p>All <b>Central Illinois</b> completed applications along with all attachments should be sent to the following address:</p> <p>Patient Accounts Department  Attention: Financial Assistance Program  2342 South MacArthur Blvd.  Springfield, IL 62704</p> <p>Local - (217) 525-5615  Toll Free - (888) 477-4221</p>
<p><b><u>Western Wisconsin</u></b></p> <p>St. Joseph's Hospital - Chippewa Falls, WI  Sacred Heart Hospital - Eau Claire, WI</p> <p>All <b>Western Wisconsin</b> completed applications along with all attachments should be sent to the following address:</p> <p>Patient Financial Services  Attention: Financial Assistance Program  900 West Clairemont Avenue  Eau Claire, WI 54701</p> <p>Local - (715) 717-4141  Toll Free - (888) 445-4554  Fax - (715) 717-1896</p>	<p><b><u>Southern Illinois</u></b></p> <p>St. Elizabeth's Hospital - Belleville, IL  St. Joseph's Hospital - Highland, IL  St. Anthony's Hospital - Effingham, IL  St. Joseph's Hospital - Breese, IL  Holy Family Hospital, Greenville, IL</p> <p>All <b>Southern Illinois</b> completed applications along with all attachments should be sent to the following address:</p> <p>Patient Accounts Department  Attention: Financial Assistance Program  211 South Third Street  Belleville, IL 62220</p> <p>Local - (618) 234-8600</p>

1. Los pacientes y los garantes pueden solicitar copias de la Política de asistencia financiera, la Política de facturación y cobro, la Solicitud de asistencia financiera y / o el Resumen en lenguaje sencillo en persona en cualquiera de los ministerios del sistema. Las solicitudes están disponibles en las áreas de acceso,

registro, admisión y emergencias de pacientes al pedir ayuda a un colega de HSHS. Los asesores financieros también están disponibles en cada una de las siguientes ubicaciones:

**Central Illinois Division:**

**HSHS St. John's Hospital**

800 E. Carpenter St.  
Springfield, IL 52769  
Phone: 217-544-6464  
Monday-Friday 8am – 4:30pm

**HSHS St. Francis Hospital**

1215 Franciscan Drive  
Litchfield, IL 62056  
Phone: 217-324-2191  
Monday-Friday 8am – 4:30pm

**HSHS Good Shepherd Hospital**

200 S. Cedar St.  
Shelbyville, IL 62565  
Phone: 217-774-3961  
Monday-Friday 8am – 4:30pm

**HSHS St. Mary's Hospital**

1800 E. Lake Shore Drive  
Decatur, IL 62521  
Phone: 217-464-2966  
Monday-Friday 8am-4:30pm

**Southern Illinois Division:**

**HSHS St. Elizabeth Hospital**

211 S. 3<sup>rd</sup> Street  
Belleville, IL 62220  
Phone: 618-234-2120  
Monday-Friday 8am – 4:30pm

**HSHS St. Joseph Hospital**

12866 Troxler Avenue  
Highland, IL 62249  
Phone: 618-651-2600  
Monday-Friday 8am-4:30pm

**HSHS St. Anthony Hospital**

503 N. Maple Street  
Effingham, IL 62401  
Phone: 217-342-2121  
Monday-Friday 8am – 4:30pm

**HSHS St. Joseph's Hospital**

9515 Holy Cross Lane  
Breese, IL 62230  
Phone: 618-526-4511  
Monday-Friday 8am-4:30pm

**HSHS Holy Family Hospital**

200 Healthcare Drive  
Greenville, IL 62246  
Phone: 618-664-1230  
Monday-Friday 8am – 4:30pm

**Eastern Wisconsin Division:**

**HSHS St. Vincent Hospital**

835 S. VanBuren St.  
Green Bay, WI 54301  
Phone: 920-433-0111  
Monday-Friday 8am – 4:30pm

**HSHS St. Nicholas Hospital**

3100 Superior Ave.  
Sheboygan, WI 53081  
Phone: 920-459-8300  
Monday-Friday 8am – 4:30pm

**HSHS St. Mary's Hospital**

1726 Shawano Ave.  
Green Bay, WI 54303  
Phone: 920-498-4200  
Monday-Friday 8am – 4:30pm

**HSHS St. Clare Memorial Hospital**

855 S. Main St.  
Oconto Falls, WI 54154  
Phone: 920-846-3444  
Monday-Friday 8am – 4:30pm

**Western Wisconsin Division:**

**HSHS St. Joseph's Hospital**

2661 County Highway I  
Chippewa Falls, WI 54729 Phone: 715-723-1811 Mon-Friday 8am – 4:30pm

Nota: Un Consejero Financiero de Wisconsin Oeste de HSHS está en el sitio en Sagrado Corazón durante las horas de oficina, el personal de St. Joseph conecta a los pacientes que tienen preguntas con el Asesor Financiero por teléfono.

#### **APÉNDICE C**

##### **Proveedores y Departamentos Cubiertos**

**Para obtener una lista completa de los proveedores que cumplen y no cumplen con la Política de asistencia financiera de HSHS, visite nuestro sitio web en [www.hshs.org/fap](http://www.hshs.org/fap). También puede comunicarse con su oficina local de negocios de HSHS para obtener esta información. La información de contacto de cada ministerio local o oficina de negocios de la división se encuentra en esta política, Apéndice B,**

#### **APÉNDICE D**

##### **CANTIDADES GENERALMENTE FACTURADAS (AGB)**

**La cantidad generalmente facturada es el pago esperado por servicios de emergencia o médicamente necesarios de los pacientes y / o el garante de un paciente. Para los pacientes no asegurados que califican, esta cantidad no excederá la tasa que se determinará utilizando el Método Look Back descrito en §1.50@-5 (b) (3) del Código de Servicio de Impuestos Internos. El método Look Back se basará en la tarifa por servicios de Medicare junto con todas las aseguradoras de salud privadas que pagan reclamos. Las reclamaciones que se incluirán en el cálculo de la AGB serán las reclamaciones permitidas durante el período del año calendario anterior de doce meses. El numerador incluirá todos los reclamos permitidos de los reclamos de pago por servicio de Medicare y todos los aseguradores de salud privados que paguen reclamos, incluidos los montos de coseguro, copagos y deducibles. Los cargos brutos por dichas reclamaciones se incluirán en el denominador. El AGB se calcula con una frecuencia no menor a la anual y está disponible a solicitud de cada ministerio local de HSHS o de la Oficina de Negocios Divisional (DBO). La información de contacto para cada ministerio local o oficina de negocios divisional se encuentra en esta política, Apéndice B.**