

SISTEMA: Sistema del Hospital de Las Hermanas de Salud
MANUAL(S): Manual Ejecutivo
TÍTULO: Política del Programa de Asistencia Financiera
ORIGINARIOS DEPARTAMENTO: Servicios Fiscales
FECHA DE VIGENCIA: 1 de octubre 2017
SUPERCEDES: # F-11 2/9/09, 7 / 89, a-27, a-1563 # 3/86, # a-43

I. POLÍTICA:

Hospital Sisters Health System (HSHS) y cada misión del sistema local afiliado y los valores animan a llegar a la gente en las comunidades a las que sirven para proporcionar cuidado a todas las personas, incluyendo las personas y familias con limitaciones financieras. Estamos comprometidos a proporcionar asistencia financiera a las personas que tienen necesidades de cuidado de la salud y no tienen seguro médico, seguro insuficiente, no elegibles para los programas de gobierno, o de otra manera no pueden pagar por emergencia y otra atención médicamente necesario en función de su situación financiera individual.

El Programa de Asistencia Financiera HSHS no es un sustituto de la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes a cooperar con los procedimientos HSHS' para la obtención de asistencia financiera y de contribuir al costo de su atención en función de su capacidad individual para pagar. HSHS establece las disposiciones de esta política Programa de asistencia financiera con el fin de gestionar los recursos financieros de una manera responsable y para ayudar a los pacientes que lo necesitan.

II. OBJETIVO:

La política del Programa de asistencia financiera permite a HSHS determinar la elegibilidad para asistencia financiera para los pacientes que cumplen los criterios de elegibilidad establecidos. Esta póliza no ofrece una disposición para la asistencia a los pacientes con los medios suficientes que se niegan a pagar por los servicios médicos prestados a ellos o a sus familiares. El Programa de asistencia financiera está diseñado para ayudar a los pacientes a resolver sus saldos médicos HSHS después de haber agotado todas las demás opciones financieras. La póliza también identifica los pasos que HSHS adoptará para comunicar la disponibilidad de asistencia financiera e identifica los plazos y restricciones aplicables a las acciones de cobro. Cualquier información recogida por HSHS durante este proceso está sujeto a las pólizas de HSHS en materia de protección de la información confidencial.

La política está destinada a satisfacer los requisitos federales y estatales aplicables relacionadas con el cuidado de caridad, incluyendo la Ley de descuento por paciente no asegurado hospital de Illinois y el área de instrucciones 501 (r) del Código de Rentas Internas de 1986, según enmendada, y las regulaciones contenidas en ella.

III. DEFINICIONES:

Para los propósitos de esta política, los siguientes términos se definen como sigue:

A. Activos: Propiedad de todo tipo, reales y personales, tangibles e intangibles, que es legalmente aplicable a, o está sujeto a, el pago de las deudas del paciente, incluyendo, pero no limitado a, dinero en efectivo, cheques y ahorros, vehículos, derechos minerales, acciones,

fondos de inversión, líneas de crédito y cualquier otra inversión; condición, sin embargo, que "ingreso", tal como se define en el presente documento, no se incluirá en la determinación de los activos.

B. Cantidades generalmente facturada y "AGB": Las cantidades generalmente facturados en caso de emergencia o de otros servicios médicos necesarios a los individuos que tienen seguro de salud cubren esos, como se explica adicionalmente en el Apéndice D.

C. Período de aplicación: El período durante el cual una aplicación de FAP puede ser sometida a la consideración de la elegibilidad de asistencia financiera. El período de solicitud comienza en la fecha de la atención se proporciona y termina en el tarde del día después de la fecha 270a se proporciona la primera declaración después del alta para el cuidado o sea: (i) la fecha especificada en un aviso por escrito de HSHS con respecto a su intención inicial ECAs; o (ii) en el caso de un paciente que ha sido considerado presuntamente elegible para asistencia financiera menos de 100%, el final del tiempo razonable para solicitar ayuda 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 prestados a personas que cumplen con ciertos criterios financieros.

E. Colega o Delegado: HSHS empleados o contratistas que ayuden a los pacientes con el proceso para solicitar ayuda financiera bajo este programa de asistencia financiera.

F. Sección del Código 501 (r) Requisitos: Los requisitos de la Sección 501 (r) del Código de Rentas Internas de 1986, según enmendada de vez en cuando, y el Reglamento del Tesoro afines relacionados con la asistencia financiera, las limitaciones de los cargos y facturación y actividades colecciones.

G. Emergencia y otros servicios médicos necesarios: servicios médicos de emergencia proporcionados en una sala de urgencias; Servicios de atención médica para una condición que, si no se trata rápidamente conduciría a un cambio adverso en el estado de salud de un individuo; Los servicios no electivos proporcionadas en respuesta a circunstancias que amenazan la vida en un entorno de sala no sea de emergencia; y otros servicios médicos necesarios, todos evaluados sobre una base de caso por caso únicamente a discreción del HSHS a los efectos de aplicación de este Programa de asistencia financiera.

H. Extraordinarias Colecciones acciones o "ECAs": Para los propósitos de esta póliza Programa de asistencia financiera, las ACE son aquellas actividades que en los 501 Requisitos área de instrucciones (r), que pueden incluir:

1. La venta de la deuda de una persona a otra parte, a menos que el comprador se somete a ciertas restricciones según se dispone en la sección de código 501 Requisitos (r).
2. Proporcionar información adversa sobre el individuo a las agencias de informes de crédito de consumo o agencias de crédito.
3. Las acciones que requieren un proceso legal o judicial, a excepción de las reclamaciones presentadas en un procedimiento de quiebra o lesiones personales.

I. Familia: Definido por la oficina de censo como un grupo de dos o más personas que viven juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Si un paciente afirma que alguien como dependiente en su declaración de impuestos de acuerdo con las

reglas del Servicio de Impuestos Internos, a continuación, se les puede considerar un dependiente para efectos de la prestación de asistencia financiera.

J. Familia ingreso: El ingreso es el total de los ingresos anuales en efectivo de todas las fuentes, antes de impuestos, deducidos los pagos de manutención infantil que incluye, pero no se limita a; sueldos y salarios antes de deducciones, las extremidades, los ingresos netos de no agrícola ingresos por cuenta propia, los ingresos netos de explotación por cuenta propia, los pagos de seguridad social, jubilación ferroviaria, compensación por desempleo, beneficios de compensación de trabajadores, pagos de veteranos, pagos de asistencia pública, Seguridad Suplementario ingresos, los ingresos de discapacidad del Seguro Social, pensiones, asignaciones militares, las pensiones privadas, pensiones del gobierno, pagos de la anualidad, subvenciones, becas, dividendos, intereses, ingreso neto de alquiler, el pago neto, el juego o la lotería ganancias netas, la asistencia de fuera del hogar y otros varios fuentes. Beneficios no monetarios (tales como cupones de alimentos, subsidios de vivienda y manutención de los hijos) no cuentan como ingresos.

K. Aplicación FAP: La información y documentación adjunta que un paciente se somete a solicitar ayuda financiera bajo un programa de asistencia financiera.

L. Federal Directrices de la pobreza: Las más recientes directrices de pobreza por ingresos federales publicadas para un hogar según lo publicado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos y actualiza de vez en cuando. Véase el Apéndice A para las directrices más actuales.

M. Garante: Un individuo, que puede o no puede ser el paciente que es responsable del pago de la factura del paciente.

N. Servicios de atención de la salud: Servicios médicos prestados a la persona dentro del entorno del HSHS, incluyendo, pero no limitado a, servicios de diagnóstico y quirúrgicos médicos, así como de alojamiento y comida; entorno de diagnóstico para pacientes externos, incluyendo pero no limitado a los servicios de diagnóstico, servicios terapéuticos y Servicios de Apoyo crónicas incluido el uso de equipos, suministros y servicios profesionales (con exclusión de los médicos no HSHS).

O. Instalación Hospital: Una instalación que es requerida por un estado que se licencia, está registrado, o similarmente reconocido como un hospital. Edificios múltiples operados bajo una licencia estatal solo se consideran como una sola instalación hospitalaria.

P. Ley de Descuento Illinois hospital Paciente no asegurado: Una ley de Illinois exige a los hospitales en Illinois para dar a los pacientes no asegurados un descuento en sus facturas médicas. La ley requiere que los pacientes a solicitar el descuento dentro de los 60 días de recibir su factura médica inicial.

Q. Tutor legal: Un sustituto legal reconocido para el paciente con respecto a las decisiones médicas y financieras, que serían autorizadas por la legislación estatal aplicable a recibir información confidencial del cuidado médico sobre el paciente. Esto incluye a los padres que son legalmente responsables de sus hijos menores de edad, los miembros cercanos de la familia que son reconocidos por el paciente o la ley estatal aplicable, tiene la capacidad legal para actuar en nombre del paciente con respecto a las decisiones médicas y / o financieros, o un tutor legal en virtud de las leyes estatales aplicables.

R. Médico indigente cuidado de caridad: Los servicios de salud prestados en ausencia de recursos financieros suficientes para cubrir los costos de la atención sin catastrófico afecta a la familia individual, en ausencia de cobertura de atención de salud catastrófico, y para los que no tienen un seguro a terceros, lo cual se opone a la capacidad del individuo para pagar los servicios, independientemente del nivel de ingresos.

S. Los servicios médicamente necesarios: servicios de atención médica para una condición que, si no se trata rápidamente conduciría a un cambio adverso en el estado de salud de un individuo; Servicios médicos de emergencia proporcionados en una sala de urgencias; Los servicios no electivos proporcionadas en respuesta a circunstancias que amenazan la vida en un entorno no-sala de urgencias; y los servicios necesarios por razones médicas, evaluados en una base de caso por caso, a discreción del HSHS.

T. Paciente Servicios Financieros: El departamento responsable de la gestión del Programa de Asistencia Financiera al HSHS y cada sistema local.

U. Posible Elegibilidad: Bajo ciertas circunstancias, los pacientes no asegurados se presume o se considera elegible para la ayuda financiera en base a su inscripción en otros programas con comprobación u otras fuentes de información, no proporcionada directamente por el paciente, para hacer una evaluación individual de financiera necesitar.

V. Parte responsable: El paciente o cualquier persona legalmente obligado a pagar las deudas de la paciente para la atención médica, con exclusión de los terceros pagadores. Un paciente adulto, vive en la casa de un familiar que no sea un cónyuge - incluyendo un adulto, niño soltero viviendo en su casa - se considerará la "parte responsable" para los propósitos de esta política, sin tener en cuenta los activos e ingresos de la otra familiares que viven en el hogar (excepto un cónyuge).

W. Sustancialmente entidad relacionada: Una entidad tratada como una asociación con fines de impuestos federales en el que un sistema local posee un capital o de las utilidades de interés, o una entidad no considerada de las cuales el sistema local es el único miembro o propietario, que proporciona una emergencia u otro servicios médicos necesarios en un hospital de un local sistema, a menos que la prestación de estos cuidados es un comercio o de negocio independiente se describe en la sección 513 del Código de Impuestos Internos.

X. Tercero pagador: Cualquier agente o entidad financiera, como un pagador de la aseguradora, HMO, plan de beneficios o de gobierno, con una obligación legalmente exigible a pagar por los servicios facturados a un paciente por HSHS. Las partes responsables, como se define en el presente documento, no se consideran terceros pagadores.

Y. Seguro insuficiente: Un individuo, con cobertura de seguro privado o público, para quien sería una carga financiera para pagar en su totalidad los gastos previstos fuera de su bolsillo por los servicios médicos proporcionados por HSHS.

Z. Sin seguro: Un individuo, sin tercer cobertura partes ofrecida a través de una aseguradora comercial de terceros, un plan ERISA, un programa federal de atención de la salud (incluyendo, sin limitaciones, Medicare, Medicaid, SCHIP y CHAMPUS), compensación

de trabajadores, u otro tercero la asistencia a partidos disponibles para cubrir el coste de los gastos de salud de un paciente.

AA. Descuento sin seguro: Los pacientes sin cobertura de terceros se proporcionará un descuento sin seguro, por los servicios elegibles proporcionados por HSHS virtud de esta política, en el momento en que los cargos no descontados son prestados. HSHS tendrá este descuento se aplica automáticamente a los saldos de los pacientes sin seguro en el momento de la facturación. Actuales importes de descuento sin seguro se publican en el Apéndice A de esta política y revisados anualmente por la oficina de negocios de División (DBO) por conveniencia.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La política del Programa de asistencia financiera se aplica a todos los Sistemas Locales de HSHS y cualesquiera entidades vinculadas sustancialmente de tales sistemas locales. Servicios elegibles bajo la política de asistencia financiera HSHS deben ser clínicamente apropiado y dentro de los estándares de la práctica médica generalmente aceptados. Incluyen los siguientes:

1. los servicios médicos de emergencia previstos en situaciones de emergencia, así como la atención prestada en situaciones de emergencia con el fin de estabilizar la condición del paciente.
2. Los servicios no electivos proporcionados en respuesta a circunstancias que amenazan la vida en un entorno no sea de emergencia.
3. Los servicios médicamente necesarios, como los servicios de hospitalización o asistencia sanitaria ambulatoria proporcionados con el propósito de la evaluación, el diagnóstico y / o tratamiento de una lesión o enfermedad, así como los servicios normalmente se definen por Medicare u otra cobertura de seguro de salud como "artículos cubiertos o servicios."
4. Los servicios de los proveedores contratados por HSHS están cubiertos por esta política. Por favor, véase el Apéndice C para obtener una lista completa de los proveedores incluidos.

Los servicios que no son elegibles para la ayuda financiera son los siguientes:

1. Los procedimientos electivos que no sean médicamente necesarios, así como los servicios normalmente no están cubiertos por Medicare o definidos por Medicare u otra cobertura de seguro de salud que no es médicamente necesario.
2. La cirugía Lasik, acupuntura, Cardíaco de puntuación, Contactos / Gafas, Cirugía Estética / Servicios de plástico, Ayudantes, ortodoncia, Servicios dentales, optometría, y sólo en efectivo servicios al por menor de audición.
3. Los servicios recibidos de proveedores de cuidado de no empleados por HSHS (por ejemplo, y no privada o / - HSHS profesionales médicos o médicos, transporte en ambulancia, etc.) pacientes se les anima a ponerse en contacto con estos proveedores directamente a una investigación sobre cualquier asistencia disponible y para hacer arreglos de pago . Véase el Apéndice C para el listado completo de proveedores que no están cubiertos por esta póliza.
4. deducibles y coseguros asociado con los servicios médicos necesarios proporcionados a los pacientes fuera de la red tal como se define por sus aseguradoras.

V. Orientación / procedimientos de asesoramiento financiero

1. Servicios Financieros del Paciente y colegas de acceso de los pacientes o sus representantes son responsables de ayudar a los pacientes y sus familias para determinar la elegibilidad y la solicitud de programas de seguros federales, estatales y locales y / o para el Programa de Asistencia Financiera. En su caso, se hace referencia para asesoramiento de la deuda. Se pondrá a disposición la información en todos los lugares de acceso del paciente, incluyendo los departamentos de emergencia.
2. Las solicitudes de ayuda financiera se utiliza para recoger y documentar seguro del paciente y la situación financiera. El formulario de solicitud normalizado se revisa, según sea necesario, pero por lo menos anualmente, por el Sistema de vicepresidente del Ciclo de Ingresos o personas designadas para asegurar que abarca toda la información necesaria para tramitar la solicitud. Cualquier cambio en el formulario de solicitud normalizado se comunican a cada sistema local para la implementación y distribución inmediata.
3. La cooperación del paciente es necesaria para la determinación de elegibilidad en el Programa de Asistencia Financiera HSHS.
4. 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 la caridad. Cada sistema local determinará si el paciente es capaz de calificar para un nivel de descuento superior basado en las comunidades individuales a las que sirven, pero en ningún momento será el ajuste ser inferior al 25% de los cargos brutos. Actuales importes de descuento sin seguro se publican en el Apéndice A de esta política y revisados anualmente por cada oficina de negocios de División (DBO) por conveniencia. En el caso de un paciente es aprobada después de un ajuste de la caridad, el ajuste de descuento sin seguro correspondiente se invierte y la cantidad se aplicará a una organización benéfica a pérdidas y ganancias.
5. 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 a terceros.

Criterios de elegibilidad

De asistencia financiera se extenderá a los pacientes sin seguro médico, o garante de un paciente, que cumplen con criterios específicos, tal como se define a continuación. Estos criterios asegurar que esta política de asistencia financiera se aplica consistentemente a través de HSHS. HSHS se reserva el derecho de revisar, modificar o cambiar esta política según sea necesario o apropiado.

1. No discriminación. Asistencia financiera bajo esta política está disponible sin tener en cuenta la raza del paciente, color, credo, origen nacional, edad, discapacidad, condición de discapacidad, condición de cuidado de la salud, orientación sexual o estado civil.
2. Restricciones de residencia. Se requieren los pacientes que buscan ayuda financiera para buscar atención médica adecuada en los centros médicos más cercanos a su residencia real. En el caso de un tratamiento adecuado no está disponible en su comunidad, el paciente puede ser pre-aprobado para los servicios médicos necesarios en el marco del Programa de Asistencia Financiera HSHS. Para determinar la residencia, HSHS requiere una identificación válida emitida por el estado, una factura de servicios recibidos en los últimos 60 días, un

contrato de arrendamiento, una tarjeta de registro del vehículo, una tarjeta de registro de votante o correo dirigido al paciente de una entidad gubernamental local, estatal o federal .

3. Servicios Excluidos. La atención al paciente, que no es médicamente necesario, incluyendo electiva, cosmética, u otros cuidados considera que en general no reembolsable por las compañías de seguros tradicionales y los pagadores del gobierno no se considerarán elegibles para la ayuda financiera.

4. Los padres a los hijos menores / divorciadas. Para los niños menores de padres divorciados, cuando ambos padres / tutores legales son responsables, información con respecto a ambos padres será requerido para completar una Solicitud de Asistencia Financiera. Sin embargo, si después de esfuerzos razonables, las circunstancias impiden el solicitante de la obtención de información financiera para todas las partes responsables, la información de los responsables que residen en el mismo hogar del menor / los niños serán utilizados para realizar la determinación.

5. Otros recursos. La ayuda financiera proporcionada por HSHS bajo esta política es secundaria a todas las otras terceras partes y los recursos financieros disponibles para el paciente. Esto incluye, pero no se limita a:

- a. Grupo o seguro médico planes individuales
- b. Beneficios para empleados planea
- c. Los planes de compensación de los trabajadores
- d. Medicaid, Estado o el Condado de programas médicos
- e. Otro estado, federal o programas médica
- f. Los terceros encuentra legalmente responsable de los gastos médicos de un paciente (por ejemplo, accidentes automovilísticos o reclamaciones por daños personales)
- g. Cualesquiera otras personas o entidades que tienen la responsabilidad legal de pagar por los servicios médicos
- h. Fondo de las víctimas del crimen (si procede)
- i. Costo de la atención médica cubierta por los programas gubernamentales de otros países

Solicitantes de ayuda financiera será responsable de la aplicación de programas públicos y la búsqueda de la cobertura del seguro de salud privado. Los pacientes, o garantes de los pacientes, la elección de no cooperar en la aplicación de los programas identificados por HSHS como posibles fuentes de pago para el cuidado, se les puede negar la asistencia financiera.

Se espera que los solicitantes de contribuir al costo de su atención en función de su capacidad de pago, tal como se describe en esta política. Los pacientes, o garantes del paciente, identificados como propensos a calificar para Medicaid, deben solicitar la cobertura de Medicaid o producir un rechazo de Medicaid recibe dentro de los últimos seis (6) meses de la solicitud de asistencia financiera HSHS. Los pacientes, o garantes del paciente, debe cooperar con el proceso de solicitud se describe en esta política para obtener ayuda financiera.

6. Prueba de activos. Activos disponibles de los pacientes se tendrán en cuenta para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera en el marco del Programa de Asistencia Financiera. Los pacientes con importantes activos son por lo general no elegible bajo el Programa de Asistencia Financiera. A los efectos de esta disposición, los activos significativos son activos, salvo los activos excluidos, con un valor de más de 600% de las pautas federales

de pobreza para sistemas locales de las zonas urbanas y 300% de las pautas federales de pobreza para sistemas locales en las zonas rurales o que son los hospitales de acceso crítico.

7. La asistencia financiera se ofrecerá a los pacientes con seguro insuficiente elegibles, para que la ayuda está en conformidad con un acuerdo contractual del asegurador. La ayuda financiera no suele estar disponible para el paciente co-pago o saldos después del seguro en caso de que un paciente no cumple razonablemente con los requisitos de seguro como la obtención de referencias o autorizaciones correspondientes. Fuera de los saldos de la red puede ser revisada en una base de caso por caso.

a. Se espera que los pacientes con cuentas personales de salud, con beneficios fiscales, tales como una cuenta de ahorros de salud, un acuerdo de reembolso de salud o una cuenta de gastos flexibles, para utilizar fondos de la cuenta antes de ser concedido la ayuda financiera.

b. HSHS se reserva el derecho de revertir los descuentos descritos en el presente documento en el caso de que sea razonablemente determina que tales términos se violan las obligaciones legales o contractuales de HSHS.

Disponibilidad de asistencia financiera

1. Los pacientes que cumplen los criterios de elegibilidad anterior puede ser elegible para recibir asistencia financiera.

2. A raíz de una determinación de elegibilidad, un paciente elegible no puede cobrar más de AGB en caso de emergencia u otros servicios médicos necesarios.

3. Se utiliza el método de revisión retrospectiva para determinar AGB. Más detalles sobre el cálculo de AGB se puede encontrar en el Apéndice

D. Los miembros del público pueden obtener fácilmente el porcentaje AGB y una descripción del cálculo para la instalación hospitalaria del sistema local aplicable por escrito y de forma gratuita visitando www.hshs.org , paciente contacto

Servicios financieros; o presenta una solicitud en persona en un hospital de un sistema local. La información de contacto para cada sistema local, según sea el caso, se proporciona en el Apéndice B.

Directrices para la Determinación de la ayuda financiera

1. Pacientes sin seguro y elegibles pueden calificar para la ayuda financiera de acuerdo con el ingreso familiar y el nivel federal de pobreza, como se detalla en el Apéndice A.

2. Para los pacientes que no tienen seguro, la ayuda financiera se aplicará a los cargos brutos (el HSHS cargo facturado). Para los pacientes con seguro insuficiente, la ayuda financiera sólo se aplicará a la cantidad que el paciente es personalmente responsable del pago, después de seguros y otros reembolsos pagador de terceros y / o se han aplicado los pagos.

3. HSHS tendrán en cuenta las siguientes circunstancias y otras circunstancias similares en la evaluación de los solicitantes que de otra manera no califican para la asistencia financiera en virtud de este Programa de asistencia financiera.

a. Deuda médica catastrófica se define como la deuda médica más del 25% de los ingresos anuales de la familia del paciente. Toda la deuda médica HSHS en exceso del 25% se ajustaría fuera a la asistencia financiera notificada por el paciente y verificación por parte de colegas HSHS.

b. El cálculo marco de tiempo para el límite anual de ingreso se basa en un período de 12 meses a partir de la fecha más reciente de los servicios médicos.

Proceso de solicitud de Programa de Asistencia Financiera

1. Todos los pacientes (o sus tutores legales) que deseen consideración para el Programa de asistencia financiera debe solicitar asistencia antes o en el momento del ingreso o antes de la descarga, si es posible. También se permitió a los pacientes a aplicar para su examen en el Programa de asistencia financiera antes de tener en cuenta la colocación en un mal agencia de cobro de deudas, de conformidad con los requisitos de la Sección 501 (r) Código. HSHS puede solicitar una cuenta para ser devuelto de una agencia de cobro de la deuda mala si un paciente está aprobado para la asistencia financiera proporcionada la cuenta fue enviado a una agencia de la deuda mala dentro de los doce meses anteriores a la fecha de la fecha de aprobación de la solicitud.

2. Las instrucciones necesarias para completar la solicitud FAP serán suministrados a los pacientes, sus tutores o de cualquier persona autorizada para actuar en nombre del paciente. HSHS proporcionará acceso a los colegas o delegados para asistir a los pacientes / representantes legales para la comprensión de los criterios de elegibilidad y cómo llenar la solicitud FAP.

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

4. Al considerar una aplicación de FAP, HSHS podrá pedir al paciente en primer lugar buscar otras fuentes de pago, incluyendo, pero no limitado a Medicaid, condado o estatal de ayuda médica, el fondo de víctimas del crimen, Seguridad de Ingreso Suplementario Social o Ingresos por Incapacidad (SSI o SSDI) u otros terceros pagadores, según corresponda. Si el paciente no está dispuesto a buscar otras posibles fuentes de pago de terceros en el momento oportuno, se considerará que el paciente no elegible bajo el Programa de Asistencia Financiera y HSHS no tendrá en cuenta la petición del paciente para recibir asistencia financiera.

5. El paciente (o sus representantes legales) deben revelar la información financiera, como se identifica en esta política Programa de asistencia financiera y / o la aplicación de FAP, que HSHS considere pertinente para la determinación de la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera.

6. Si es solicitado por HSHS, los pacientes (o sus representantes legales) que soliciten asistencia financiera deberán autorizar HSHS para hacer consultas de los empresarios, bancos, oficinas de crédito y otras instituciones con el fin de verificar la información HSHS requiere con el fin de determinar la elegibilidad para la asistencia financiera .

7. La aplicación FAP completado debe ir acompañado de fotocopias legibles y precisas de los siguientes documentos, según sea necesario, a los efectos de verificar la elegibilidad:

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

- b. Recibos o estados de cuenta u otra documentación de fuentes de ingresos mensuales que reflejan los ingresos de todas las partes responsables de al menos los tres meses anteriores a la solicitud de cheque de nómina;
- c. La verificación por escrito de agencias de asistencia pública, tales como Medicaid o el médico del condado, lo que refleja la negación de elegibilidad (a petición) y según proceda; y
- d. Verificación por escrito de la negación para el desempleo o beneficios de compensación al trabajador (a petición y según proceda).

8. Los ingresos se anualizado, cuando sea apropiado, sobre la base de documentación proporcionada.

9. La confidencialidad de la información se mantendrá para todos los que buscan y / o recibir asistencia bajo el programa de Asistencia Financiera HSHS, como es requerido por las políticas HSHS y las leyes federales y estatales. Copias de todos los documentos de apoyo se mantendrán con el formulario de solicitud hasta su destrucción de conformidad con las políticas y HSHS leyes federales y estatales de retención de documentos.

10. Servicios Financieros del Paciente o representantes designados pueden entrevistar al paciente o la persona responsable y pedir una solicitud de FAP se realizó para determinar la necesidad y la elegibilidad para la caridad.

- a. HSHS puede solicitar la documentación de la información requerida para verificar la elegibilidad para la asistencia financiera y para completar la tramitación de la solicitud.

- b. Si determina que HSHS documentación ni información presentada es falsa o falsificada, se denegará la solicitud para el Programa de Asistencia Financiera. HSHS no volverá a considerar una solicitud, si los representantes de HSHS determinar que el solicitante ha tergiversado intencionalmente información relevante relacionada con los criterios de elegibilidad o documentación.

11. Cuentas devueltos por el servicio de recolección debido a la falta de ingresos o activos se clasificarán para el estado de la caridad del deudor debido a su incapacidad para pagar o ser considerados médicamente indigentes por el servicio de recogida independiente. Además, los pacientes para quienes HSHS recibe la confirmación de descarga del capítulo 7 de bancarrota a través de un tribunal federal de quiebras también se clasificarán para el 100% de caridad.

12. En base a la evaluación financiera de la Medical Group, HSHS reconocerán la revisión financiera como base para el ajuste de la factura del hospital a la caridad en consonancia con las disposiciones de la política Programa de asistencia financiera. El paciente y / o tutor debe notificar a HSHS de una solicitud del Programa de Asistencia Financiera aprobada, ya sea verbalmente o por escrito. Tras la notificación, HSHS puede buscar la confirmación verbal o por escrito de la solicitud FAP aprobada por el grupo médico.

13. En base a la evaluación financiera mediante cualquier sistema local HSHS, el grupo médico reconocerán la revisión financiera como base para la prestación de asistencia financiera a los pacientes con las cuentas del grupo médico, de conformidad con estas disposiciones del Programa de Asistencia Financiera. El paciente y / o tutor debe notificar al Grupo Médico de la solicitud FAP aprobado. Tras la notificación, el grupo médico puede buscar la confirmación verbal o por escrito de la solicitud FAP aprobado desde el sistema local.

Elegibilidad Presunta

1. elegibilidad presunta bajo el Programa de Asistencia Financiera podrá concederse si la evidencia de la incapacidad de un paciente a pagar por los servicios médicos necesarios es proporcionada por el paciente o por medio de otras fuentes disponibles para HSHS. Una vez determinado, debido a la naturaleza inherente de las circunstancias presuntas, el único descuento que se puede conceder es un 100% de escritura fuera del saldo de la cuenta. Presunta elegibilidad puede determinarse sobre la base de las circunstancias individuales que pueden incluir:

- a. Todos los hospitales (HSHS) y el grupo MÉDICA:
 - i. La falta de vivienda
 - ii. Fallecido sin raíces
 - iii. Incapacidad mental, sin nadie a actuar en nombre del paciente
 - iv. Elegibilidad para Medicaid, pero no en la fecha de servicio o de los servicios no cubiertos
 - v. El encarcelamiento en una institución penal
 - vi. La inscripción en los siguientes programas de asistencia para personas de bajos ingresos:
 1. Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
 2. Alquiler Programa de Apoyo a la Vivienda de Illinois Housing Development Authority
 3. Wisconsin Departamento de Servicios de Salud Programa de Asistencia de Vivienda

- b. Los hospitales urbanos - Categorías adicionales obligatorios:
 - i. La inscripción en uno o más de los siguientes programas con criterios iguales o inferiores al 200% de las actuales directrices federales de pobreza:
 1. Participación en mujeres, bebés y los programas de Niños (WIC)
 2. Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) de elegibilidad
 3. Illinois gratuito el almuerzo y desayuno programa
 4. programa de almuerzo gratuito Wisconsin
 5. programa de Hogares de bajos Ingresos de Asistencia de Energía (LIHEAP)
 6. programa de Asistencia de Energía para Hogares de Wisconsin (WHEAP)
 7. la inscripción en un programa organizado de proporcionar acceso basado en la comunidad a la atención médica que evalúa y documentos la situación financiera de bajos recursos limitados como criterios
 8. La recepción de la asistencia concesión de servicios médicos

8. HSHS puede utilizar programas externos a la comprobación, la capacidad de los pacientes para pagar (por ejemplo SearchAmerica). Si un paciente se determina que es incapaz de pagar por sus servicios médicos necesarios a través de estos programas externos, las cuentas se ajustarán fuera a la caridad. See "Presumptive Eligibility" (Section D) below.

2. Pacientes que se determinó que eran elegibles para el Programa de asistencia financiera a retener la elegibilidad para un período de hasta seis (6) meses desde la fecha de aprobación.

Al final de los seis (6) meses, el paciente es responsable de volver a aplicar para la elegibilidad bajo el Programa de Asistencia Financiera.

Exclusión de Activos

1. HSHS puede excluir a los siguientes activos que figuran a continuación del cómputo neto disponible activos de los hogares sin afectar la elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera. Sin embargo, cualquier sistema local que no está solicitando un descuento paciente no asegurado 25% debe cumplir con los requisitos en 210 ILCS 89 (10) (c) (4).
 - a. Un hogar que es la residencia principal
 - b. La propiedad personal para su uso en el hogar
 - c. Vehículo (s) hasta un valor combinado de \$ 15,000 valor en función de la cantidad de tasación azul libro actual (excluye autocaravanas)
 - d. Los activos líquidos, incluyendo 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
 - e. Todos los fondos a un lado en una cuenta de retiro como se define por el Servicio de Impuestos Internos
 - f. Otros activos directamente relacionados con los ingresos y los medios de vida de la familia pueden estar exentos si se considera necesario y razonable para la capacidad continua de ganarse la vida por HSHS.

Comunicación del Programa de asistencia financiera a los pacientes

1. La notificación sobre la disponibilidad de ayuda financiera de HSHS incluirá lo siguiente:
 - a. Las copias en papel: La política de asistencia financiera del Programa, la aplicación FAP, y el resumen en términos sencillos estará disponible previa petición y sin cargo, por correo y en lugares públicos en las instalaciones del hospital de los sistemas locales, incluyendo, como mínimo, en la sala de emergencias (si existe) y las zonas de admisión.
 - b. De admisión y de descarga: El citarse y la aplicación FAP serán ofrecidos a los pacientes durante los procesos de registro, después del registro, o de descarga.
hacer. Poster: La disponibilidad del programa de asistencia financiera deberá ser objeto de publicidad en los carteles de tamaño póster situada en el departamento de urgencias, ingresos, pacientes ambulatorios y salas de espera de las habitaciones. Un número de teléfono gratuito será incluido.
 - c. Internet: La política Programa de asistencia financiera, la aplicación FAP, y la llanura resumen en términos serán ampliamente disponible en el sitio web HSHS (www.hshs.org/financialassistance).
 - d. Declaraciones de pacientes: Cada factura, factura u otro resumen de los cargos incluirán con él, o sobre él, una declaración bien visible que él / ella puede solicitar para su consideración en el marco del Programa de asistencia financiera, incluyendo el número de teléfono de Servicios Financieros del Paciente y de una red directa dirección del sitio donde se pueden obtener copias de la política Programa de Asistencia Financiera, la aplicación FAP, y la llanura resumen en lenguaje.
 - e. Traducciones: HSHS hará traducciones del Programa de Asistencia Financiera, la aplicación FAP, y citarse en la lengua hablada por grupos limitados de competencia lingüística en inglés que constituyen el menor de 1.000 individuos o cinco por ciento (5%) de la comunidad disponibles servido por el sistema local aplicable o la población que puede verse afectado o que se encuentran por el sistema local aplicable.

g. Asistencia de la comunidad: HSHS tomará medidas para notificar e informar a los miembros de la comunidad sobre el Programa de Asistencia Financiera.

2. Aplicación de un programa de asistencia financiera puede ser hecha en nombre del paciente por una parte interesada (sujeto a las leyes de privacidad), incluyendo pero no limitado a:

- a. Paciente o garante
- b. La fe líder de la comunidad o representativa.
- c. Médico u otros profesionales de la salud
- d. Cualquier miembro del personal HSHS o personal médico
- e. Los ejemplos incluyen: médicos, enfermeras, consejeros financieros, trabajadores sociales, administradores de casos, el capellán de religiosas y patrocinadores.

VI. Facturación y cobro proceso

Que se describe a continuación, HSHS hará esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible bajo este programa de asistencia financiera para la ayuda financiera antes de que se involucra en una ECA.

Procesamiento de Aplicaciones programa de ayuda financiera

Con las siguientes excepciones, un paciente puede presentar una solicitud de Programa de asistencia financiera en cualquier momento durante el periodo de aplicación, que es generalmente 270 días desde la fecha de la primera factura post-descarga como se define en la Sección III. Las determinaciones de elegibilidad para la asistencia financiera serán objeto de tratamiento basado en las siguientes categorías generales.

1. Elegibilidad Presunta determinaciones. Si un paciente se determina presumiblemente para ser elegible para menos de la ayuda más generosa disponible bajo el Programa de Asistencia Financiera (por ejemplo, la determinación de la elegibilidad se basa en una solicitud presentada con respecto a la atención previa), HSHS y / o el sistema local notificará al individuo de la base para la determinación y dar al paciente un periodo de tiempo razonable para solicitar la ayuda más generosa antes de iniciar una ECA.
2. Las solicitudes incompletas FAP. En el caso de un paciente que presente una solicitud FAP incompleta durante el período de solicitud, HSHS y / o el sistema local deberán notificar al paciente por escrito acerca de cómo completar la solicitud FAP y dar al paciente una oportunidad razonable para hacerlo (no ser inferior a 30 días desde la fecha de notificación de solicitud incompleta). Durante este tiempo, el proceso de facturación estándar continuará, pero cualquier ECAs en espera será suspendido, y el aviso por escrito deberá (i) describir la información y / o documentación adicional requerida bajo el Programa de Asistencia Financiera o la aplicación FAP que se necesita para completar la aplicación, y (ii) incluyen información de contacto adecuada.
3. Aplicaciones FAP completos. En el caso de un paciente que presenta una solicitud completa FAP durante el período de solicitud, HSHS y / o el sistema local deberán, en el momento oportuno, suspender cualquier ECAs para obtener el pago para el cuidado, hacer una

determinación de elegibilidad, y proporcionar una notificación por escrito , como se proporciona a continuación.

4. Diferir o negar la atención. Excluyendo los servicios prestados a un paciente como la atención de emergencia, HSHS y / o el sistema local puede diferir o negar, la atención médica necesaria por falta de pago de un individuo de una o más facturas por atención proporcionada anteriormente tratadas en el Programa de Asistencia Financiera. Al paciente se le ofreció una aplicación FAP y / o el Resumen de Asistencia Financiera lenguaje sencillo lo que indica que la ayuda financiera está disponible para los pacientes elegibles, e indicando la fecha límite, en su caso, después de lo cual HSHS y / o el sistema local ya no aceptará y un proceso de solicitud presentada (o, si se completa aplicable,) por el paciente a la atención proporcionada previamente en cuestión. Este plazo podrá ser anterior a la posterior de 30 días después de la fecha en que se proporciona el aviso por escrito o 270 días después de la fecha en que se proporcionó el primer estado de cuenta después del alta de la atención recibida previamente.

Determinación Programa de asistencia financiera de notificación

1. Las determinaciones. Una vez HSHS determina el saldo final adeudado por el paciente y una aplicación FAP sea recibida en la cuenta de un paciente, HSHS notificará al paciente, el tutor legal del paciente y / o la persona responsable por escrito de la resolución definitiva dentro de los cuarenta y cinco (45) días del calendario. La notificación incluirá una determinación de la cantidad por la que el paciente y / o la persona responsable serán financieramente responsables, si se aprueba la ayuda financiera inferior al 100%. Si se deniega la solicitud para el Programa de Asistencia Financiera, se enviará un aviso que explica la razón de la negación y las instrucciones para la apelación o reconsideración.

2. Los reembolsos. HSHS y / o el sistema local proporcionarán un reembolso por la cantidad que un paciente ha pagado atención que excede la cantidad que el paciente se determina que es personalmente responsable del pago bajo el Programa de asistencia financiera, a menos que dicha cantidad en exceso es inferior a \$ 5.00.

3. Reversión de la ECA (s). En la medida en que un paciente se determina que 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 CEPA tomada en contra del paciente para obtener el pago por la atención. Tales medidas razonablemente disponibles generalmente incluyen, pero no se limitan a, las medidas para desalojar cualquier juicio contra el individuo, levantar cualquier gravamen o gravamen sobre la propiedad del individuo, y retirar del informe de crédito del individuo cualquier información adversa reportada a una agencia de información o de crédito oficina.

Recursos

1. El paciente y / o la parte responsable puede apelar una denegación de elegibilidad para la asistencia financiera al proporcionar información adicional al Departamento de cuentas de los pacientes dentro de los catorce días (14) días calendario siguientes a la recepción de la notificación de la denegación. Todas las apelaciones serán revisadas por el Director de Cuentas de Pacientes y / o el Jefe Financiero

Oficial para una determinación final. Si la determinación final afirma el anterior rechazo de la asistencia financiera, la notificación por escrito será enviado al paciente, tutor legal, y / o responsable.

2. Si se presenta una apelación dentro de los catorce días (14) naturales siguientes a la determinación final, cualquier esfuerzo de recolección serán suspendidos en espera del resultado final del proceso de apelación.

VII. ADMINISTRACIÓN

Requisitos de información

1. Cada sistema local en Illinois debe ser capaz de proporcionar la siguiente petición:
 - a. Asistencia financiera solicitud del Programa
 - b. Los criterios de elegibilidad presuntiva aceptadas
 - c. Estadísticas de Asistencia Financiera (cuando sean necesarias por la Oficina del Fiscal General de Illinois)
 - d. Las solicitudes presentadas(completo e incompleto).
 - e. Aplicaciones aprobadas (incluyendo el número de aprobados usando elegibilidad presunta)
 - f. Aplicaciones negadas
 - g. Cantidad en dólares de ayuda financiera a un costo
 - h. Descripción de la tecnología electrónica y de información que se utiliza

2. Para Sistemas Locales en Illinois, esta información debe ser presentada a la Oficina del Procurador General de Illinois anualmente.

3. Cada sistema local en Wisconsin debe ser capaz de proporcionar la siguiente petición:
 - a. Asistencia financiera solicitud del programa
 - b. Los criterios de elegibilidad presuntiva aceptadas
 - c. Conde de solicitudes presentadas (completo e incompleto)
 - d. Conde de solicitudes aprobadas (incluido el número aprobado el uso de elegibilidad presunta)
 - e. Conde de aplicaciones negó
 - f. Cantidad en dólares de asistencia financiera (del año hasta la fecha)

Administración de Políticas

1. Los servicios prestados como consecuencia de un accidente están sujetos a todos los instrumentos jurídicos necesarios para garantizar tercer pago de responsabilidad civil, incluso si estos instrumentos se presentan después de la elegibilidad inicial para el Programa de Asistencia Financiera para el paciente ha sido aprobado. Si existe cobertura de terceros, HSHS proseguirá y cobrar el saldo adeudado del tercer pagador.

2. Esta política deberá ser supervisada por el Administrador de cuentas de paciente (u otro colega designado por el Sistema Local CFO, CFO de División o Sistema vicepresidente de Ingresos Ciclo), que será responsable de la administración del programa, asegurando que las determinaciones de asistencia financiera se encuentra con el requisitos de esta política, y notificar al paciente y / o la persona responsable de la determinación final. Cualquier solicitud

de los miembros de la familia, amigos o socios debe ser referido al Director de Servicios Financieros del Paciente o posición similar en HSHS o grupo médico. La siguiente autoridad de aprobación mínimo se concederá por esta política:

- a. \$ 0 a \$ 2,500 - representante de cuentas o servicio al cliente Associates
- b. \$ 2.501 a \$ 25.000 - Gerente de Servicios Financieros del Paciente o coordinadores
- c. \$ 25,001 a \$ 100,000 - Director de Servicios Financieros del Paciente(local o departamental)
- d. > \$ 100,001 - Director HSHS de Finanzas, vicepresidente o director financiero; Director financiero de Grupo Médico o delegado.

3. Otras circunstancias pueden mostrar de manera convincente que el pago total de los gastos médicos pendientes podría causar graves dificultades sociales y / o financiera para el paciente o la familia. Estas circunstancias pueden justificar una excepcional reducción de la ayuda financiera a ser considerados en una base de caso por caso.

4. Las directrices anteriores se exponen en el establecimiento del Programa de Asistencia Financiera. HSHS puede modificar estas directrices en cualquier momento compatible con la legislación existente. HSHS se reserva el derecho de aprobar o denegar una solicitud de asistencia financiera recibida a su discreción. En la aplicación de esta política, la gestión HSHS deberá cumplir con todos los demás, el estado y las leyes locales, reglas y regulaciones federales que pueden aplicarse a las actividades realizadas en virtud de esta política Programa de asistencia financiera.

Autor: Vicepresidente, Ciclo de Ingresos
Líder Responsable: Director financiero
Probación administrativa: Presidente y CEO

ANEXO A

Nivel de descuento (Efectivo 2017)

Descuento sin seguro: HSHS proporcionará un descuento sin seguro en el momento en que los cargadores no descontados son prestados. Este descuento se aplicará a las cuentas de los pacientes que no tienen cobertura para el pago del seguro de salud y / u otros terceros pagadores. Instalaciones Illinois HSHS ofrecerán un descuento del 35%. Instalaciones del Este de Wisconsin HSHS ofrecerán un descuento del 50%. El oeste de Wisconsin Instalaciones HSHS ofrecerá un descuento del 25%.

De descuento para servicios elegibles HSHS (Illinois): Los solicitantes que cumplan los umbrales de activos y con el ingreso del hogar:

1. Por debajo de 200% del FPL son elegibles para recibir un descuento del 100%.
2. Por encima del 200% del FPL, pero igual o inferior al 300% son elegibles para recibir un descuento del 80%.
3. Por encima del 300% del FPL, pero igual o inferior a 350% son elegibles para recibir un descuento del 70%.
4. Por encima del 400% del FPL, pero igual o inferior a 500% son elegibles para recibir un descuento del 60%.
5. Por encima del 500% del FPL, pero igual o inferior a 600% son elegibles para recibir un descuento del 55%.

6. Por encima del 600% del FPL, no hay descuentos ofrecidos, con la excepción de los gastos sanitarios catastróficos y considerados en una base de caso por caso.

De descuento para servicios elegibles HSHS (Wisconsin): Los solicitantes que cumplan los umbrales de activos y con el ingreso del hogar:

1. Por debajo de 200% del FPL son elegibles para recibir un descuento del 100%.
2. Por encima del 200% del FPL, pero igual o inferior al 300% son elegibles para recibir un descuento del 70%.
3. Por encima del 300% del FPL, pero igual o inferior a 350% son elegibles para recibir un descuento del 55%.
4. Por encima de 400% no hay descuentos ofrecidos, con la excepción de los gastos sanitarios catastróficos considerados sobre una base de caso por caso.

2017 federales de pobreza DIRECTRICES

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

APÉNDICE B

Acceso público a política

Se pondrá a disposición de los pacientes y las comunidades atendidas por HSHS a través de una variedad de fuentes de información sobre las hermanas del hospital Política de Asistencia Financiera del Sistema de Salud, y las hermanas del hospital Facturación Sistema de Salud y Política de Colección.

1. Pacientes y garantes pueden solicitar copias de la Política de Asistencia Financiera, la facturación y la Política de Cobro, la Solicitud de Asistencia Financiera, y / o el resumen en lenguaje sencillo a través de correo electrónico, por teléfono o mediante la conexión a nuestro sitio web: www.hshs.org.

Wisconsin

del Este de Wisconsin

HSHS St. Mary's Hospital - Green Bay, WI

HSHS St. Vincent Hospital - Green Bay, WI

HSHS St. Nicholas Hospital - Sheboygan, WI

HSHS St. Clare Hospital - Oconto Falls, WI

Todo este Wisconsin correspondencia debe ser enviada a la siguiente dirección:

Patient Financial Services

Attention: Financial Assistance Program

PO Box 13508

Green Bay, WI 54307

Local - (920) 433-8122

Toll Free - (800) 211-2209

Fax - (920) 431-3161

occidental Wisconsin

HSHS St. Joseph's Hospital - Chippewa Falls, WI

HSHS Sacred Heart Hospital - Eau Claire, WI

Todo el oeste de Wisconsin correspondencia debe ser enviada a la siguiente dirección:

Patient Financial Services
Attention: Financial Assistance Program
900 West Clairemont Avenue
Eau Claire, WI 54701
Local - (715) 717-4141
Toll Free - (888) 445-4554
Fax - (715) 717-1896

ILLINOIS

Illinois central

HSHS St. John's Hospital - Springfield, IL
HSHS St. Francis' Hospital - Litchfield, IL
HSHS St. Mary's Hospital - Decatur, IL
HSHS Good Shepherd Hospital - Shelbyville, IL

Todo Illinois Central correspondencia debe ser enviada a la siguiente dirección:

Patient Financial Services
Attention: Financial Assistance Program
2342 South MacArthur Blvd.
Springfield, IL 62704
Local - (217) 525-5615
Toll Free - (888) 477-4221

Southern Illinois

HSHS St. Elizabeth's Hospital - Belleville, IL
HSHS St. Joseph's Hospital - Highland, IL
HSHS St. Anthony's Hospital - Effingham, IL
HSHS St. Joseph's Hospital - Breese, IL
HSHS Holy Family Hospital, Greenville, IL

Todo Southern Illinois correspondencia debe ser enviada a la siguiente dirección:

Patient Financial Services
Attention: Financial Assistance Program
211 South Third Street
Belleville, IL 62220
Local - (618) 234-8600

2. Pacientes y garantes pueden solicitar copias de la Política de Asistencia Financiera, la facturación y la Política de Cobro, la Solicitud de Asistencia Financiera, y / o el resumen en lenguaje ordinario en persona en el cualquiera de los Ministerios del sistema. Las solicitudes están disponibles en el acceso de los pacientes, registro, admisión y las áreas del servicio de urgencias pidiendo un colega HSHS para obtener ayuda. Los asesores financieros también están disponibles en cada una de las siguientes ubicaciones:

División Central de Illinois:

HSHS St. John's Hospital
800 E. Carpenter St.
Springfield, IL 52769

HSHS St. Francis Hospital
1215 Franciscan Drive
Litchfield, IL 62056

Phone: 217-544-6464
Monday-Friday 8am – 4:30pm

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

el sur de Illinois División:

HSHS St. Elizabeth Hospital
1 St. Elizabeth's Blvd.
O'Fallon, IL 62269
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

División este de Wisconsin:

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

División oeste de Wisconsin:

HSHS St. Joseph's Hospital

2661 County Highway I

Chippewa Falls, WI 54729

Phone: 715-723-1811

Mon-Friday 8am – 4:30pm

Nota: HSHS Sacred Heart Hospital, Eau Claire no tiene asesores financieros en el sitio, pero cualquier miembro del personal disponible puede llamar al asesor financiero en el hospital St. Joseph en horario de oficina de asistencia con preguntas.

ANEXO C

Proveedores y departamentos cubiertos

Deservicios de proveedores en los siguientes lugares, que son empleados por HSHS están cubiertos por esta política.

- John Waciuma, MD (Cirugía Cardiovascular, División de Wisconsin occidental)
- Dennis Breen, MD (T / R Administración de casos, la división oeste de Wisconsin)
- Mónica McDonald, MD (Cirugía Cardiovascular, División de Wisconsin occidental)
- Sarah Lulloff, MD (Enfermedades Infecciosas , División Este de Wisconsin)
- Scott Stillwell, MD (Medicina Familiar, División de Wisconsin del Este)
- Melissa Weidert, MD (Obstetricia y Ginecología, División de Wisconsin del Este)
- David Krah, MD (Oftalmología, División central Illinois)
- Kevin Allen, CRNA (el sur de Illinois División)
- Allyson Anderson, CRNA (División sur de Illinois)
- Marshall Ashby, CRNA (División sur de Illinois)
- Karla Atchley, CRNA (División sur de Illinois)
- Ronald Beare, CRNA (División sur de Illinois)
- Alice Beary, CRNA (División del sur de Illinois)
- Marvin Brombaugh, CRNA (División sur de Illinois)
- Felicia Brummett, CRNA (División sur de Illinois)
- Mary Bryant, CRNA (División sur de Illinois)
- Robert Bryant, CRNA (División Sur de Illinois)
- Jennifer Carrico, CRNA (División Sur de Illinois)
- Larry Carroll, CRNA (División Sur de Illinois)
- Yordanka Lambova, CRNA (División Sur de Illinois)
- Jeri Lewis, CRNA (División Sur de Illinois)
- Adrian Nowitzke , CRNA (División Sur de Illinois)
- Jason Patacsil, CRNA (División Sur de Illinois)
- LeeAnn Petak, CRNA (División Sur de Illinois)
- Steve Rhyne, CRNA (División Sur de Illinois)
- Charles Rutter, CRNA (División Sur de Illinois)
- Allan Schwartz , CRNA (División Sur de Illinois)
- Lorrie Springer, CRNA (División Sur de Illinois)
- Rebecca Tate, CRNA (División Sur de Illinois)
- María Wendt, CRNA (División Sur de Illinois)
- Angela Bumleve, APN (División Sur de Illinois)
- Cory Hess, APN (División Sur de Illinois)
- Laura Hiceknbottom, APN (División Sur de Illinois)
- Karen Rose, APN (División Sur de Illinois)
- Susan Dewitt, APN (División central Illinois)

Adicionalmente, las siguientes entidades han acordado en honor a la Política de Asistencia Financiera HSHS.

- Infinity Salud (División de Wisconsin occidental)
- Consultores Rayos X (División de Wisconsin occidental)
- Hospital Puerta County Memorial (División de Wisconsin del Este)
- HSHS Medical Group (Illinois Central y del Sur Divisiones)

Los siguientes proveedores de servicios no cumple con las HSHS Financiera política de asistencia en este momento:

- Clínica Marshfield (Wisconsin División occidental)
- Hoja de Roble (División de Wisconsin occidental)
- Eau Claire Medicina Familiar (División de Wisconsin occidental)
- Clínica del Dolor del NW Wisconsin (División de Wisconsin occidental)
- Clínica Willow Creek de la Mujer (División de Wisconsin occidental)
- Chippewa Valley Ortopedia (División oeste de Wisconsin))
- Pinar (División de Wisconsin occidental)
- Luther Midlefort (División de Wisconsin occidental)
- Clínica médica Southside (División de Wisconsin occidental)
- Prevea (División de Wisconsin occidental y oriental)
- Evergreen quirúrgica (División oeste de Wisconsin)

ANEXO D

Importes facturados en general (AGB)

La cantidad facturada por lo general es el pago esperado de emergencia o servicios médicos necesarios de los pacientes, y / o garante de un paciente. Para la calificación de los pacientes sin seguro, esta cantidad no será superior a una tasa que será determinada utilizando un método descrito en mirar hacia atrás §1.50@-5 (b) (3) del Código de Servicio de Impuestos Internos. El nuevo método de búsqueda se basa en Pago-por-servicios, junto con todas las aseguradoras privadas de salud que pagan las reclamaciones. Los créditos que se incluirán en el cálculo AGB será reivindicaciones permitidas durante el período del año calendario de doce meses anteriores. El numerador se compone de todos los créditos admitidos de pago por servicio de reclamaciones de Medicare y los aseguradores de salud privados que pagan las solicitudes, incluyendo cantidades de co-seguro, co-pagos y deducibles. Los gastos brutos de dichas reivindicaciones se incluirán en el denominador. El AGB se calcula una frecuencia no inferior al año y está disponible a petición de cada ministerio local HSHS o Divisional Oficina de Negocios (DBO). La información de contacto de cada ministerio u oficina local de negocio de la división aparece en esta política, Apéndice B.