

SISTEMA: Hospital Sisters Health System	MANUAL (S): Manual ejecutivo
TÍTULO: Política del programa de asistencia financiera	DEPARTAMENTO DE ORIGEN : Servicios Fiscales
FECHA DE VIGENCIA : 14 de diciembre de 2020	FECHA (S) DE REVISIÓN : 2/1/2021; 13/4/2021
SUPERCEDES: # F-11 3/09/20, 2/12/18, 5/14/18, 5/15/18, 12/11/17, 12/1/17, 2/9/09, 7 / 89, A-27, # A-1563 3/86, n.º A-43	
<p>* Según lo requiere el Reglamento de CMS §482.12 A-0043 Condiciones de participación: Órgano rector, los siguientes hospitales y entidades están incluidos como entidades de HSHS: ILLINOIS: (1) HSHS St. John's Hospital - Springfield (2) HSHS St. Mary's Hospital - Decatur, (3) HSHS St. Francis Hospital - Litchfield, (4) HSHS Good Shepherd Hospital - Shelbyville, (5) HSHS St. Anthony's Memorial Hospital - Effingham, (6) HSHS St. Joseph's Hospital - Highland, (7) HSHS St. Joseph's Hospital - Breese, (8) HSHS St. Elizabeth's Hospital - O'Fallon, (9) HSHS Holy Family Hospital - Greenville, (10) HSHS Physician Enterprise (HSHS Medical Group - Illinois, Consultores cardiovasculares de la pradera). WISCONSIN: (1) HSHS St. Vincent Hospital - Green Bay, (2) HSHS St. Mary's Hospital Medical Center - Green Bay, (3) HSHS St. Clare Memorial Hospital - Oconto Falls, (4) HSHS St. Nicholas Hospital - Sheboygan, (5) HSHS Sacred Heart Hospital - Eau Claire, (6) HSHS St. Joseph's Hospital - Chippewa Falls, (7) HME Home Medical, (8) Libertas Treatment Center - Green Bay y Marinette, (9) HSHS Physician Enterprise (HSHS Medical Group - Wisconsin).</p>	

I. POLÍTICA:

Hospital Sisters Health System (HSHS) y la misión y los valores de cada sistema local afiliado alientan a llegar a las personas en las comunidades a las que servimos para brindar atención a todas las personas, incluidas 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 están sin seguro, seguro insuficiente, no elegibles para el gobierno programas, o de lo contrario no pueden a la paga de emergencia y otra médicamente necesaria atención en función de su persona situación financiera.

El Programa de Asistencia Financiera de HSHS no sustituye la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de HSHS para obtener asistencia financiera y contribuir al costo de su atención según su capacidad individual de pago. HSHS establece las disposiciones de esta política Programa de asistencia financiera en fin de gestionar los recursos financieros de una manera responsable y para ayudar a los pacientes que lo necesitan.

II. PROPÓSITO:

La política del Programa de asistencia financiera permite que HSHS determine la elegibilidad para la asistencia financiera de los pacientes que cumplen con los criterios de elegibilidad establecidos. Esta política no ofrece una disposición para la asistencia a pacientes con suficientes medios que se niegan a sueldo de los médicos los

servicios prestados a ellos o a sus familiares miembros. El Programa de Asistencia Financiera tiene como objetivo 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 plazos y restricciones aplicables a las acciones de cobranza. Cualquier información recopilada por HSHS durante este proceso está sujeta a las políticas de HSHS sobre protección de información confidencial.

La política está destinada a satisfacer los requisitos estatales y federales aplicables relacionados con la atención de caridad, incluida la Ley de descuentos para pacientes sin seguro médico de los hospitales de Illinois y la Sección 501 (r) del Código del Código de Rentas Internas de 1986, en su forma enmendada, y las reglamentaciones correspondientes.

III. DEFINICIONES:

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

A. Activos : la propiedad de todos los tipos, reales y personales, tangibles e intangibles, que es legalmente aplicable a, o sujetos a, el pago de la del paciente deudas, incluyendo, pero no limitados a, dinero en efectivo en la mano, la comprobación y de ahorro cuentas, vehículos, derechos mineros, acciones, fondos mutuos, líneas de crédito y cualquier otra inversión; siempre, sin embargo, que "ingreso", tal como se define en el presente documento, deberá no ser incluido en la determinación de los activos.

B. Cantidades generalmente facturadas o "**AGB**" : las cantidades generalmente facturadas por servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios a personas que tienen un seguro que cubre dicha atención, como se explica con más detalle en el Apéndice D.

C. Aplicación Período : El período durante el cual un FAP aplicación puede ser sometido a la consideración de la Financiera de elegibilidad de Asistencia. El Período de solicitud comienza en la fecha en que se brinda la atención y finaliza el día 240 después de la fecha en que se brinda la primera declaración posterior al alta para la atención o bien: (i) la fecha especificada en un aviso por escrito de HSHS con respecto a su intención de las ECA iniciales ; 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 aplicar para asistencia financiera como se describe en la Sección VI.

D. Caridad o asistencia financiera : el ajuste de los cargos por servicios médicos gratuitos o con descuento proporcionados a 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 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 enmendado de tiempo a tiempo, y las relacionadas Tesoro Reglamentos relativos a financiera la asistencia, las limitaciones sobre los cargos, y las actividades de facturación y colecciones .

G. Servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios: Servicios médicos de emergencia proporcionados en una sala de emergencias ; Salud para el cuidado de servicios para una condición de la cual, si no se demora tratado sería dar lugar a una adversa cambio en la salud de estado de un individuo; No electivos servicios proporcionados en respuesta a potencialmente mortales circunstancias en un ajuste de la sala 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. Extraordinarias Colecciones acciones o "ECAs" : Para los propósitos de esta Financiero de Asistencia Programa de la política, las ECAs son aquellas actividades identificadas en el Código Sección 501 (r) Requisitos, los cuales 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. Informar información adversa sobre el individuo a agencias de informes crediticios del consumidor o burós de crédito .
3. Acciones que requieren legal o judicial proceso, a excepción de las reclamaciones presentadas en una quiebra o personales lesiones procedimiento.

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 la renta de conformidad con las reglas del Servicio de Impuestos Internos, entonces puede ser considerado dependiente a los efectos de la prestación de asistencia financiera.

J. Ingreso familiar : El ingreso es el total de recibos de efectivo anuales de todas las fuentes, antes de impuestos, menos los pagos realizados por manutención infantil que incluye, pero no se limita a; sueldos y salarios antes de deducciones, propinas, recibos netos de ingresos de trabajo por cuenta propia no agrícola, recibos netos de trabajo por cuenta propia agrícola, pagos de seguridad social, jubilación ferroviaria , compensación por desempleo, beneficios de compensación para trabajadores, pagos de veteranos, pagos de asistencia pública , seguridad suplementaria ingresos, ingresos por Incapacidad del Seguro Social, pensión alimenticia, pensiones militares, las pensiones privadas, pensiones del gobierno, pagos de la anualidad, subvenciones, becas, dividendos, intereses, neto de alquiler de ingresos, netos de pagos, netos de juegos de azar o lotería ganancias, la asistencia de fuera del hogar y otra fuentes diversas . No son en efectivo beneficios (tales como alimentos sellos, vivienda subsidios y niño de apoyo) no no cuentan como ingresos.

K. FAP aplicación : La información y acompañando la documentación que un paciente somete a aplicar para la financiera asistencia bajo un Financiera Asistencia Programa.

L. Guía Federal de Pobreza : Las recientes directrices federales de pobreza publicadas la mayoría de los ingresos de un hogar como publicado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y actualiza de vez en cuando. Consulte el Apéndice A para conocer las pautas más actualizadas.

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

N. **Servicios de atención médica : servicios** médicos proporcionados a la persona dentro del entorno del HSHS, que incluyen, entre otros, servicios de diagnóstico médico y quirúrgicos, así como alojamiento y comida; de diagnóstico ambulatorio medio ambiente, incluyendo, pero no limitado a los servicios de diagnóstico, servicios terapéuticos y de apoyo crónicas Servicios inclusivo de la utilización de equipos, suministros, y profesionales de los servicios (con exclusión de los no-HSHS médicos).

O. **Instalación hospitalaria :** una instalación que un estado requiere que tenga licencia, esté registrada o que tenga un reconocimiento similar como hospital. Varios edificios operados bajo un solo estado de la licencia se considera a ser un solo hospital de instalación.

P. **Ley de descuentos para pacientes sin seguro médico de los hospitales de Illinois :** Una ley de Illinois que requiere que los hospitales de Illinois ofrezcan a los pacientes sin seguro un descuento en sus facturas médicas. La ley requiere que los pacientes soliciten el descuento dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su factura médica inicial.

Q. **Legal guardián :** Un reconocido legal sustituto para el paciente con respecto a médicos y financieras decisiones, que sería ser autorizadas bajo aplicable estado de derecho a recibir confidencial de salud cuidado la información 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 aplicable estado ley y como tener la legal capacidad para actuar e n el del paciente nombre con respecto a médicos y / o decisiones financieras, o un tutor legal bajo la ley estatal aplicable .

R. **Atención de caridad para personas médicamente indigentes :** servicios de atención médica prestados en ausencia de recursos financieros suficientes para cubrir los costos de atención sin un efecto catastrófico sobre la familia individual, en ausencia de cobertura de atención médica catastrófica y para aquellos sin seguro de terceros, lo que excluye el capacidad del individuo para pagar los servicios, independientemente del nivel de ingresos.

S. **Médicamente servicios necesarios:** servicios de atención médica para una condición que, si no se trata rápidamente conduciría a una adversa cambio en la salud de estado de un individuo; Emergencia médica los servicios prestados en una emergencia ajuste de la sala; Servicios no electivos proporcionados en respuesta a circunstancias que ponen en peligro la vida en un entorno de sala que no es de emergencia ; y médicamente necesarios servicios, evaluadas en un caso por caso base en la HSHS discreción.

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

U. **Presunta elegibilidad:** En determinadas circunstancias, se puede presumir o considerar que los pacientes sin seguro son elegibles para recibir asistencia financiera en función de su inscripción en otros programas de verificación de recursos u otras fuentes de información, no proporcionadas directamente por el paciente, para realizar una evaluación individual de la necesidad financiera.

V. **Responsable del**

partido : El paciente o cualquier persona legalmente obligados a sueldo de la de los pacientes deudas para médicos de atención, con exclusión de terceros partido pagadores. Un paciente adulto , que vive en el hogar de un pariente que no sea su cónyuge , incluido un hijo adulto, soltero , que vive en el hogar - será considerado la "parte responsable " para los propósitos de esta política, sin importar los bienes e ingresos de los otros parientes que viven en el hogar (excepto el cónyuge).

W. **Sustancialmente**

relacionada

con la

entidad : Una entidad tratada como una asociación de federal de impuestos propósitos en la que un local de sistema posee un capital de o ganancias de interés, o un no considerada entidad de la que el local sistema es el único miembro o propietario, que ofrece de emergencia o de otra médicamente necesario servicios en una instalación hospitalaria de un Sistema Local , a menos que la provisión de dicha atención sea un oficio o negocio no relacionado descrito en la sección 513 del Código de Rentas Internas .

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

Y. **Con seguro insuficiente** : una persona, con cobertura de seguro público o privado, para quien sería una dificultad financiera pagar por completo los gastos de bolsillo previstos por los servicios médicos proporcionados por HSHS.

Z. **Sin seguro** : una persona, sin cobertura de terceros proporcionada a través de una aseguradora comercial de terceros, un plan ERISA, un programa federal de atención médica (que incluye, entre otros, Medicare, Medicaid, SCHIP y CHAMPUS), compensación laboral u otra asistencia de terceros. disponible para cubrir el costo de los gastos de atención médica de un paciente .

AUTOMÓVIL CLUB BRITÁNICO. Descuento para personas sin seguro: los pacientes sin cobertura de terceros recibirán un descuento para personas sin seguro, por los servicios elegibles proporcionados por HSHS bajo esta póliza, en el momento en que se realicen los cargos sin descuento . HSHS hará que este descuento se aplique automáticamente a los saldos de los pacientes no asegurados en el momento de la facturación. Los montos actuales de descuento para no asegurados se publican en el Apéndice A de esta política y la Oficina Comercial Divisional (DBO) los revisa anualmente para verificar su idoneidad.

IV. **ALCANCE**

La política del Programa de asistencia financiera se aplica a todos los sistemas locales de HSHS y cualquier entidad sustancialmente relacionada de dichos sistemas locales. Los servicios elegibles bajo la política de asistencia financiera de HSHS deben ser clínicamente apropiados y estar dentro de los estándares de práctica médica generalmente aceptados . Incluyen lo siguiente:

1. emergencia médicas servicios prestados en una emergencia ajuste, como así como cuidados proporcionados en una emergencia configuración para el propósito de estabilizar una condición del paciente.
2. No electivos servicios proporcionados en respuesta a potencialmente mortales circunstancias en un no-emergencia ajuste.
3. médicamente necesarios servicios, tales como pacientes hospitalizados o ambulatorios de salud de atención de los servicios prestados para el propósito de la evaluación, diagnóstico y / o tratamiento de una lesión o enfermedad, así como los servicios normalmente definidos por Medicare u otro de salud cobertura de seguro como "artículos cubiertos o servicios".
4. Los servicios de 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 los siguientes:

1. electivos procedimientos no médicamente necesaria, como así como los servicios normalmente no cubiertos por Medicare o definidos por Medicare u otro seguro médico de cobertura que no sea médicamente necesario.
2. Cirugía Lasik , Acupuntura, Puntuación cardíaca , Lentes de contacto / anteojos, Cirugía cosmética / Servicios plásticos , Audífonos , Ortodoncia, Servicios dentales , Optometría y servicios minoristas solo en efectivo .
3. Los servicios recibidos de proveedores de cuidado de no empleados por HSHS (por ejemplo, privada y / o no - HSHS médicos o médicos profesionales, la ambulancia de transporte, etc.) Los pacientes se anima a ponerse en contacto con estos proveedores directamente a la instrucción de toda la asistencia disponible y hacer arreglos de pago . Consulte el Apéndice C para obtener una lista completa de los proveedores que no están cubiertos por esta política.
4. Deducibles y coseguros asociados con servicios médicamente necesarios proporcionados a pacientes fuera de la red según lo definido por sus aseguradoras.

V. DIRECTRICES /

PROCEDIMIENTOS

Asesoramiento financiero

ero

1. Los colegas de Servicios Financieros para Pacientes y Acceso para Pacientes 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 corresponde, se realiza una derivación para asesoramiento sobre deudas. La información estará disponible en todos los lugares de acceso de los pacientes , incluidos los departamentos de emergencia.
2. Se utiliza una solicitud de asistencia financiera para recopilar y documentar el seguro y el estado financiero del paciente. La norma de aplicación forma se revisa como sea necesario, pero por lo menos anualmente, por el sistema de Vice Presidente de Ingresos Ciclo o personas designadas para asegurar que abarca toda la información necesaria para tramitar la

solicitud. Cualquier cambio en el formulario de solicitud estándar se comunica a cada sistema local para su implementación y distribución inmediata .

3. Paciente cooperación es necesaria para la determinación de la elegibilidad en el HSHS Financiera Asistencia Programa.
4. Independientemente de la elegibilidad para recibir asistencia financiera bajo esta política del Programa de Asistencia Financiera , todos los pacientes sin seguro reciben un descuento n sin seguro en el momento de la facturación. Este descuento será un ajuste administrativo, no un ajuste de caridad . Cada local Sistema será determinar si el paciente es capaz de calificar para un mayor descuento nivel basado en las comunidades individuales a las que sirven, pero en ningún momento será el ajuste ser inferior al 25% de los cargos brutos. Los montos actuales de descuento para no asegurados se publican en el Apéndice A de esta política y cada Oficina Comercial Divisional (DBO) los revisa anualmente para verificar su idoneidad. En el caso de que un paciente sea posteriormente aprobado para un ajuste de caridad , el ajuste de descuento correspondiente para personas sin seguro se revertirá y el monto se aplicará a una cancelación de caridad .
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 de terceros.

Crterios de elegibilidad

Financiera asistencia se puede ampliarse a sin seguro y con seguro insuficiente pacientes, o una del paciente garante, que cumplen con específico criterios, 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.

1. No discriminación . Financiera asistencia en virtud de esta política es disponible sin relación a la de los pacientes de raza, color, credo, nacional origen, edad, discapacidad, minusvalía estado, la salud cuidado de la condición, sexual orientación o civil de estado.
2. Restricciones de residencia . Los pacientes que buscan asistencia financiera deben buscar la atención médica adecuada en las instalaciones médicas más cercanas a su residencia real. En caso de que el tratamiento apropiado no esté disponible en su comunidad, el paciente puede ser preaprobado para los servicios médicamente necesarios bajo el 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 dentro de los últimos 60 días, un contrato de arrendamiento, una tarjeta de registro de 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 necesaria, incluida la atención electiva, cosmética u otra atención considerada generalmente no reembolsable por las compañías de seguros tradicionales y los pagadores del gobierno, no se considerará elegible para asistencia financiera.

4. Hijos menores / padres divorciados . Para los menores hijos de padres divorciados, cuando ambos padres / tutores legales son responsables partes, la información con respecto a ambos padres le será requerido para completar un Financiera Asistencia de aplicaciones. Sin embargo, si después de esfuerzos razonables, las circunstancias impiden que el solicitante obtenga información financiera de todas las partes responsables, se utilizará la información de las partes responsables que residen en el mismo hogar del menor o menores para tomar la determinación.
5. Otros recursos . La asistencia financiera proporcionada por HSHS bajo esta política es secundaria a todos los demás terceros y recursos financieros disponibles para el paciente. Esto incluye, pero no se limita a:
- una. Planes de seguro médico grupales o individuales
 - B. Planes de beneficios para empleados
 - C. De los trabajadores Los planes de compensación
 - D. Programas médicos de Medicaid, estatales o del condado
 - mi. Otro estatales, federales o médicas programas
 - F. Terceras partes adjudicadas a ser legalmente responsable de una de los pacientes médicos gastos (por ejemplo, automóviles accidentes o lesiones personales reclamaciones)
 - gramo. Cualquier otras personas o entidades que tienen una legal responsabilidad de pago para los médicos de servicios
 - h. Fondo para 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 buscar cobertura de seguro médico privado . Los pacientes, o de pacientes garantes, que eligen no a cooperar en la aplicación de los programas identificados por HSHS como posibles fuentes de pago para el cuidado, se les puede negar financiera ayuda.

Se espera que los solicitantes contribuyan al costo de su atención según su capacidad de pago, como se describe en esta política. Los pacientes, o los garantes del paciente, identificados como 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 del paciente , deben cooperar con el proceso de solicitud descrito en esta política para obtener asistencia financiera .

6. Prueba de activos . Disponible activos de los pacientes van a ser considerados en la determinación de la elegibilidad para la financiera asistencia bajo el Programa de Asistencia Financiera. Los pacientes con activos importantes generalmente no son elegibles para el Programa de asistencia financiera . A los efectos de esta disposición, los activos significativos son activos, salvo los activos excluidos, con un valor en exceso del 600% de los federales de pobreza Directrices para locales Sistemas en urbanas áreas y 300% de los federales de pobreza Directrices para sistemas locales en las zonas rurales áreas o que son hospitales de acceso crítico .
7. Se ofrecerá asistencia financiera a los pacientes elegibles con seguro insuficiente, siempre que dicha asistencia esté de acuerdo con el acuerdo contractual de la aseguradora . Por lo general, la asistencia financiera no está disponible para el copago del paciente o los saldos después del seguro en caso de que un paciente no cumpla razonablemente con los requisitos del seguro,

como obtener las derivaciones o autorizaciones adecuadas . Los saldos fuera de la red se pueden revisar caso por caso.

una. Los pacientes con , con ventajas fiscales personal de salud cuentas , tales como un Health Savings Account, una Salud reembolso Disposición o un flexible de gastos de la cuenta, se debe esperar a utilizar la cuenta los fondos antes de ser concedido ayuda financiera.

B. HSHS se reserva el derecho de revertir los descuentos descritos en este documento en caso de que determine razonablemente 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 AGB por servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios.
3. El método retrospectivo se utiliza para determinar AGB. Más detalles sobre el cálculo de AGB puede ser encontrarse en el Apéndice D. Los miembros del público pueden obtener fácilmente el porcentaje de AGB y una descripción del cálculo para la instalación hospitalaria del Sistema Local correspondiente por escrito y sin cargo visitando www.hshs.org/fap, comunicándose con Servicios Financieros para Pacientes ; o haciendo una solicitud en persona en una instalación hospitalaria de un Sistema Local . La información de contacto de cada sistema local, según corresponda, se proporciona en el Apéndice B.

Pautas para la determinación de la asistencia financiera

1. Los pacientes elegibles sin seguro o con seguro insuficiente pueden calificar para asistencia financiera de acuerdo con los ingresos familiares y las Pautas 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 por HSHS). Para los pacientes con seguro insuficiente , la asistencia financiera se aplicará solo al monto que el paciente es personalmente responsable de pagar, después de que se hayan aplicado los reembolsos y / o pagos del seguro y otros terceros pagadores .
3. HSHS tendrán en cuenta las siguientes circunstancias y otros similares circunstancias en la evaluación de los solicitantes que no , no lo contrario califican para la asistencia financiera en virtud de esta ayuda financiera del Programa.
 - una. La deuda médica catastrófica se define como una deuda médica superior al 25% del ingreso anual de la familia del paciente . Toda la deuda médica de HSHS que supere el 25% se ajustará a la asistencia financiera cuando el paciente lo notifique y los colegas de HSHS lo verifiquen .
 - B. El cálculo del plazo para el límite de ingresos anual 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. Los pacientes también podrán solicitar su consideración bajo el Programa de Asistencia Financiera antes de la colocación de la cuenta en una agencia de cobranza de deudas incobrables, de conformidad con los Requisitos de la Sección 501 (r) del Código. HSHS puede solicitar la devolución de una cuenta de una agencia de cobranza 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 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 completar la solicitud FAP.
3. El paciente y / o responsables del partido pueden completar y devolver el FAP aplicación durante la aplicación del período.
4. Al considerar una solicitud de FAP, HSHS puede solicitar que el paciente busque primero otras fuentes de pago, que incluyen, entre otros, Medicaid, asistencia médica del condado o del estado, fondo para víctimas de delitos, ingresos suplementarios del Seguro Social o ingresos por discapacidad (SSI o SSDI), u otros terceros pagadores, según corresponda. Si el paciente no está dispuesto a buscar otras fuentes de pago de terceros potenciales en el momento oportuno, se considerará que el paciente no es elegible en virtud de la Financiera de Asistencia Programa y HSHS será no tener en cuenta la del paciente solicitud para la financiera ayuda.
5. El paciente (o sus tutores legales) debe revelar información financiera, tal como se identifica en esta política del Programa de Asistencia Financiera y / o en la solicitud de FAP, que HSHS considere pertinente para determinar la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera.
6. Si solicitado por HSHS, los pacientes (o sus legales tutores) que solicitan financiera asistencia debe autorizar HSHS de maquila 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 solicitud FAP completa debe ir acompañada de fotocopias legibles y precisas de los siguientes documentos, según sea necesario, con el fin de verificar la elegibilidad:
 - una. Declaraciones de impuestos completas del IRS para el año calendario completado más recientemente de todas las partes responsables;
 - B. Nómina de verificación talones o bancarios declaraciones o otra documentación de mensuales de ingresos de fuentes que reflejan los ingresos de todas las partes responsables de por lo menos los tres meses anteriores a la solicitud;
 - C. Verificación escrita de agencias de asistencia pública, como Medicaid o médicos del condado, que refleje las denegaciones de elegibilidad (a pedido) y según corresponda; y
 - D. Escrito verificación de la negación de desempleo o de los trabajadores de compensación de beneficios (bajo petición y como sea apropiado).

8. Ingresos será ser anualizado, cuando sea apropiado, sobre la base de la documentación proporcionada.
9. La confidencialidad de la información va a ser mantenida durante todo que buscan y / o recibir asistencia bajo el HSHS Financiera Programa de asistencia, como es requerido por las políticas HSHS y las leyes federales y estatales. Se guardarán copias de todos los documentos de respaldo 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 del 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.
 - una. HSHS puede solicitar documentación de la información solicitada para verificar la elegibilidad para asistencia financiera y completar el procesamiento de la solicitud.
 - B. Si HSHS determina que cualquier documentación material o información enviada es falsa o falsificada, se rechazará la solicitud para el Programa de Asistencia Financiera. HSHS no reconsiderará una solicitud si los representantes de HSHS determinan que el solicitante ha tergiversado intencionalmente información material relacionada con los criterios de elegibilidad o la documentación.
11. Las cuentas devueltas por el servicio de cobranza debido a la falta de ingresos o activos del deudor calificarán para el estado de caridad debido a su incapacidad para pagar o ser consideradas médicamente indigentes por el servicio de cobranza independiente. Además, los pacientes para quienes HSHS recibe la confirmación de descarga del capítulo 7 de bancarrota por una quiebra Federal Tribunal será también califican para el 100% de caridad.
12. Basado en la evaluación financiera del Grupo Médico, HSHS reconocerá la revisión financiera como una base para ajustar la factura del hospital a la 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, ya sea verbalmente o por escrito. Tras la notificación, HSHS puede buscar verbal o por escrito la confirmación de la aprobación FAP aplicación de la Medical Group.
13. En base a la evaluación financiera mediante cualquier sistema local HSHS, el grupo médico reconocerán la financiera opinión como una base para proporcionar financiera asistencia a los pacientes con las facturas de la medicina Grupo, consistentes con estas disposiciones del Programa de Asistencia Financiera. El paciente y / o tutor deben notificar al Grupo Médico de una solicitud 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 del paciente para pagar los servicios médicamente necesarios o a través de otras fuentes disponibles para HSHS. Una vez determinado, debido a la naturaleza inherente de las presuntas circunstancias, el único descuento que se puede otorgar es una cancelación del 100% del saldo de la cuenta. La elegibilidad presunta puede determinarse sobre la base de circunstancias individuales que pueden incluir:
 - C. TODOS LOS HOSPITALES (HSHS) Y GRUPO MÉDICO :
 - I. Desamparo

- ii. Fallecido con ninguna raíces
- iii. Mental incapacitación con ningún uno a actuar sobre del paciente nombre
- iv. Medicaid elegibilidad, pero no en la fecha de servicio o para no cubiertos los servicios
- 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)
 - 2. Programa de apoyo a la vivienda de alquiler de la Autoridad de Desarrollo de Vivienda de Illinois
 - 3. Programa de asistencia para la vivienda del Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin

B. HOSPITALES URBANOS - Categorías obligatorias adicionales :

- 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 Nutricional Suplementaria (SNAP)
 - 3. Programa de desayuno y almuerzo gratis de Illinois
 - 4. Programa de almuerzo gratis de Wisconsin
 - 5. Bajo Ingreso Inicio Energía de Asistencia Programa (LIHEAP)
 - 6. Programa de Asistencia de Energía para el Hogar de Wisconsin (WHEAP)
 - 7. Inscripción en un programa organizado basado en la comunidad que brinde acceso a atención médica que evalúe y documente el estado financiero limitado de bajos ingresos como criterio
 - 8. Recepción de subvenciones para servicios médicos .

2. HSHS puede utilizar programas externos para verificar la capacidad de pago de los pacientes (por ejemplo, SearchAmerica). Si un paciente se determina que no puede pagar por sus servicios médicos necesarios a través de estos programas externos, las cuentas se pueden ajustar fuera 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 durante 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 bajo el Programa de Asistencia Financiera .

Exclusión de activos

- 1. HSHS puede excluir los siguientes activos enumerados a continuación del cálculo de los activos domésticos netos disponibles sin afectar la elegibilidad para el Programa de asistencia financiera. Sin embargo, cualquier sistema local que no aplique un descuento del 25% para pacientes no asegurados debe cumplir con los requisitos de 210 ILCS 89 (10) (c) (4).
 - D. Una casa que es la residencia principal.
 - mi. Propiedad personal para uso en el hogar
 - F. Vehículo (s) arriba a un combinado valor de \$ 15.000 con valor basado en la corriente azul libro valoración cantidad (no incluye motor hogares)

- gramo. Líquidos activos , incluyendo dinero en efectivo, ahorros, acciones, bonos , etc. arriba a \$ 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 definido por el Servicio de Impuestos Internos
- I. Otros activos directamente relacionados con los ingresos y los medios de vida de los hogares pueden estar exentos si se considera necesario y razonable a la continua capacidad de ganarse la vida por HSHS.

Comunicación de la Financiera de Asistencia Programa de Pacientes

1. La

notificación acerca financiera asistencia disponibilidad de HSHS deberá incluir el siguiente:

- una. Copias impresas: La política del Programa de asistencia financiera, la solicitud FAP y el resumen en lenguaje sencillo estarán disponibles a pedido y sin cargo, tanto por correo como en lugares públicos de las instalaciones hospitalarias de los Sistemas locales, incluidos, como mínimo, en la sala de emergencias (si corresponde) y las áreas de admisiones.
- B. Admisión y alta: El resumen en lenguaje sencillo y la solicitud de FAP se ofrecerán a los pacientes durante los procesos de registro, post-registro o alta .
- C. Letreros: La disponibilidad del Programa de Asistencia Financiera se anunciará en letreros del tamaño de un póster ubicados en las áreas del Departamento de Emergencias, Admisiones, Pacientes Ambulatorios y salas de espera. Se incluirá un número de teléfono gratuito .
- D. Internet: La política del Programa de asistencia financiera, la solicitud FAP y el resumen en lenguaje sencillo estarán ampliamente disponibles en el sitio web de HSHS (www.hshs.org/fap).
- mi. Paciente Declaraciones: Cada factura, factura u otro resumen de los cargos deberán incluir con él, o sobre él, un prominente afirmación de que él / ella puede solicitar para su consideración en el marco del Programa de asistencia financiera, incluyendo el número de teléfono para los pacientes de Servicios Financieros y una red directa dirección del sitio en que las copias de la Financiera de Asistencia Programa de la política, la FAP aplicación, y la llanura de la lengua resumen pueden ser obtenidos.
- F. Traducciones: HSHS se hacen disponibles traducciones de la Financiera de Asistencia Programa, el FAP aplicación y citarse en la lengua hablada por idioma dominio limitado del inglés grupos que constituyen el menor de 1.000 individuos o cinco por ciento (5%) de la comunidad servida por el sistema local aplicable o la población que probablemente se verá afectada o encontrada por el sistema local aplicable .
- gramo. Alcance comunitario: HSHS tomará medidas para notificar e informar a los miembros de la comunidad sobre el Programa de asistencia financiera .

2. Un Financiera Asistencia Programa

de aplicación puede ser hecha en nombre de la paciente por un preocupa partido (sujeto a la privacidad leyes), incluyendo pero no limitado a:

- una. Paciente o garante
- B. La fe de la comunidad líder o representante
- C. Personal médico o de otros de salud de atención de los profesionales
- D. Cualquier miembro de la HSHS personal o médica personal

I. Los

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

VI. PROCESO DE FACTURACIÓN Y COBROS

Como se describe a continuación, HSHS hará todos los esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible bajo este Programa de Asistencia Financiera para recibir asistencia financiera antes de participar en una ECA.

Procesamiento de solicitudes del programa de asistencia financiera

Salvo lo dispuesto 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 según se define en la Sección III. Las determinaciones de elegibilidad para asistencia financiera se pueden procesar con base en las siguientes categorías generales.

1. Determinaciones de presunta elegibilidad. Si se presume que un paciente es elegible para recibir menos de la asistencia más generosa disponible bajo el Programa de Asistencia Financiera (por ejemplo, la determinación de elegibilidad se basa en una solicitud enviada con respecto a la atención previa), HSHS y / o el Sistema Local se notificará a la persona de la base para la determinación y dar la paciente un razonable período de tiempo a aplicar para la más generosa asistencia antes de iniciar una ECA.
2. Solicitudes FAP incompletas. En el caso de un paciente que presente una solicitud FAP incompleta durante la aplicación de época, HSHS y / o el local sistema deberá notificar a la paciente en escribir acerca de cómo a completar la FAP aplicación y dar al paciente una oportunidad razonable para hacerlo (no ser inferior a 30 días a partir de la fecha de notificación de la solicitud incompleta). Durante este tiempo, el proceso de facturación estándar continuará, pero se suspenderá cualquier ECA pendiente , y la notificación por escrito deberá (i) describir la información y / o documentación adicional requerida bajo el Programa de Asistencia Financiera o la solicitud FAP que se necesita para completar la solicitud, e (ii) incluir la información de contacto adecuada.
3. Complete las solicitudes de FAP. En el caso de un paciente que presente una solicitud FAP completa durante el Período de solicitud , HSHS y / o el Sistema Local suspenderán, de manera oportuna, cualquier ECA para obtener el pago por la atención, tomar una determinación de elegibilidad y proporcionar una notificación por escrito. , como se indica a continuación.
4. Aplazamiento o denegación de la atención . Excluyendo cualquier servicio provisto a un paciente como atención de emergencia, HSHS y / o el Sistema Local pueden aplazar o denegar la atención médicamente necesaria debido a la falta de pago por parte de una persona de una o más facturas por atención brindada 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 pacientes elegibles y que indica la fecha límite, si la hubiera, después de la cual HSHS y / o el sistema local ya no aceptarán ni procesarán una solicitud enviada (o, si corresponde, completada) por el paciente para la atención brindada anteriormente en cuestión. Este plazo será no antes de la tarde de 30 días después de ser la fecha en que se proporciona el aviso por escrito o 240 días después de la fecha en que la primera facturación post-descarga declaración para la atención proporcionada anteriormente se proporcionan.

Notificación de determinación del programa de asistencia financiera

1. Determinaciones. Una vez que HSHS determina el saldo final adeudado por el paciente Y se recibe una solicitud FAP completa en la cuenta del paciente, HSHS notificará al paciente, al tutor legal del paciente y / o la parte responsable por escrito de la determinación final dentro de cuarenta y cinco (45) días del calendario. La notificación incluirá una determinación de la cantidad por la que el paciente y / o la parte responsable serán financieramente responsables, si se aprueba para menos del 100% de la asistencia financiera. Si se rechaza la solicitud para el Programa de asistencia financiera, se enviará un aviso explicando el motivo de la denegación y las instrucciones para la apelación o reconsideración.
2. Reembolsos. HSHS y / o el local sistema se proporcionará un reembolso de la cantidad de un paciente ha pagado por el cuidado que excede la cantidad del paciente se determina a ser personalmente responsable de pagar en virtud de la Financiera de Asistencia Programa, a menos que dicha cantidad en exceso es menos de \$ 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 por la atención. Tales razonablemente disponibles medidas generalmente incluyen, pero no se limitan a, las medidas para desalojar cualquier juicio contra el individuo, levantar cualquier gravamen o derecho de retención sobre el individuo propiedad, y retirar del informe de crédito del individuo cualquier información adversa reportada a un consumidor agencia o la presentación de informes de crédito oficina.

Apelaciones

1. El paciente y / o responsables del partido pueden apelar una denegación de elegibilidad para la financiera asistencia por proporcionar adicional de información para el paciente Cuentas Departamento plazo de catorce (14) de calendario días de la recepción de la notificación de la denegación. Todas las apelaciones serán revisadas por el Gerente de Cuentas del Paciente y / o el Director Financiero para una determinación final . Si la determinación final afirma el anterior rechazo de la asistencia financiera, la notificación por escrito le será enviada al paciente, tutor legal, y / o responsable.
2. Si un recurso se interpuso dentro de catorce (14) de calendario días de final de determinación, cualquier recogida de esfuerzos se pueden suspenderse en espera del resultado final de la apelación proceso.

VII. Requisitos

de informes

de ADMINI

STRACIÓN

1. Cada local Sistema de Illinois debe ser capaz de proporcionar la siguiente petición:
 - una. Solicitud del programa de asistencia financiera
 - B. Presunta Elegibilidad criterios aceptados
 - C. Financiera Asistencia Estadísticas (donde requerida por el Illinois Oficina de la Fiscal general)
 - D. Solicitudes enviadas (completas e incompletas)
 - mi. Solicitudes aprobadas (incluido el número aprobado mediante presunta elegibilidad)
 - F. Solicitudes denegadas
 - gramo. Monto en dólares de asistencia financiera al costo
 - h. Descripción de la tecnología electrónica y de la información utilizada

2. Para los locales Sistemas de Illinois, esta información debe ser presentado a la Illinois Oficina del Procurador General de cada año.

3. Cada local Sistema de Wisconsin debe ser capaz de proporcionar la siguiente en la solicitud:
 - una. Solicitud del programa de asistencia financiera
 - B. Presunta Elegibilidad criterios aceptados
 - C. Recuento de solicitudes enviadas (completas e incompletas)
 - D. Recuento de solicitudes aprobadas (incluido el número aprobado mediante presunta elegibilidad)
 - mi. Número de solicitudes denegadas
 - F. Monto en dólares de la asistencia financiera proporcionada (hasta la fecha)

Administración de políticas

1. Los servicios prestados como resultado de un accidente están sujetos a todos los instrumentos legales requeridos para garantizar el pago de responsabilidad de terceros, incluso si estos instrumentos se presentan después de que se haya aprobado la elegibilidad inicial para el Programa de asistencia financiera para pacientes. Si tercer partido de la cobertura existe, HSHS será perseguir y recoger el equilibrio debido a la tercera parte pagadora.

2. Esta política deberá ser supervisada por el paciente Cuentas Administrador (o otro colega designado por el local Sistema CFO, CFO o División Sistema vicepresidente de Ingresos Ciclo), que será responsable de la administración del programa, asegurando que las determinaciones para la financiera asistencia cumple la requisitos de esta política y notificar al paciente y / o la parte responsable de la determinación final. Cualquier solicitud de miembros de la familia, amigos o asociados debe remitirse al Director de Servicios Financieros para Pacientes o puesto similar en HSHS o Medical Group. La siguiente autoridad de aprobación MÍNIMA se otorga según esta política:
 - una. \$ 0 a \$ 2,500 - Representante de cuentas 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 (local o divisional)
 - D. > \$ 100,001 - HSHS Directora de Finanzas, Vice Presidente o Jefe Financiero Oficial; Médico Grupo Jefe Financiero Oficial o delegado.

3. Otras circunstancias pueden demostrar de manera convincente que el pago total de los gastos médicos pendientes podría causar serias dificultades sociales y / o financieras al paciente o al hogar. Estas circunstancias pueden justificar una reducción excepcional de la asistencia financiera que se considerará 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 deberá cumplir con todas las demás leyes, reglas y regulaciones federales, estatales y locales que puedan aplicarse a las actividades realizadas de conformidad con esta política del Programa de asistencia financiera .

ORIGINADOR: Linda Dace

Vice Presidente, Finanzas

LÍDER RESPONSABLE : Mike Cottrell

Jefe Financiero Oficial

APROBACIÓN ADMINSTRATIVA : Mary Starmann-Harrison

Presidente y director ejecutivo

APÉNDI

CE

A NIVE

L

DE DES

CUENT

O

Descuento para personas sin seguro: HSHS proporcionará un descuento para personas sin seguro en el momento en que se entreguen los cargadores sin descuento. Este descuento se aplicará a las cuentas de los pacientes que no tengan cobertura para el pago del seguro médico y / o terceros pagadores. Las instalaciones de Illinois HSHS ofrecerán un 35% de descuento. Las instalaciones de Eastern Wisconsin HSHS ofrecerán un descuento del 50%. Las instalaciones de Western Wisconsin HSHS ofrecerán un descuento del 25%.

Descuento para Elegible HSHS Servicios (Illinois) : Los solicitantes que cumplan los activos umbrales y con los hogares de ingresos:

1. Menos del 200% del FPL son elegibles para recibir un descuento del 100%.

2. Por encima del 200% del FPL , pero equivalen a o menor que 300% son elegibles para recibir un descuento del 80%.
3. Por encima del 300% del FPL , pero equivalen a o menor que 350% son elegibles para recibir un descuento del 70%.
4. Por encima del 400% del FPL , pero equivalen a o menor que 500% son elegibles para recibir un descuento del 60%.
5. Por encima del 500% del FPL , pero equivalen a o menor que 600% son elegibles para recibir un descuento del 55%.
6. Por encima del 600% del FPL, allí son no hay descuentos ofrecidos, con la excepción de los catastróficos de salud gastos y considerados en una base de caso por caso.

Descuento para Elegible HSHS Servicios (Wisconsin) : Los solicitantes que cumplan los activos umbrales y con los hogares de ingresos:

1. Menos del 200% del FPL son elegibles para recibir un descuento del 100%.
2. Por encima del 200% del FPL , pero equivalen a o menor que 300% son elegibles para recibir un descuento del 70%.
3. Por encima del 300% del FPL , pero equivalen a o menor que 400% son elegibles para recibir un descuento del 55%.
4. Por encima de 400% no son ninguna descuentos ofrecidos, con la excepción de los catastróficos de salud los gastos considerados en un caso por caso base.

**DIRECTRICES FEDERAL
DE POBREZA DE 2021**

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

DIRECTRICES DE POBREZA PARA 2021 PARA LOS 48 ESTADOS CON TIGUOS Y EL DISTRITO DE COLUMBIA (vigente a partir del 13 de enero de 2021)						
PERS ONAS EN FAM ILIA / HOGAR	DIRECTRIZ DE POBREZ A (100%)	200 % de la po breza	300% de pobreza	400% de pobreza	500% de pobreza	600% de pobreza
1	\$ 12,880	\$ 25,760	\$ 38,640	\$ 51,520	\$ 64,400	\$ 77,280
2	\$ 17.420	\$ 34,840	\$ 52,260	\$ 69,680	\$ 87,100	\$ 104,520
3	\$ 21,960	\$ 43,920	\$ 65,880	\$ 87,840	\$ 109,800	\$ 131,760
4	\$ 26,500	\$ 53 000	\$ 79,500	\$ 106 000	\$ 132,500	\$ 159 000

5	\$ 31,040	\$ 62,080	\$ 93,120	\$ 124,160	\$ 155,200	\$ 186,240
6	\$ 35,580	\$ 71,160	\$ 106,740	\$ 142,320	\$ 177,900	\$ 213,480
7	\$ 40,120	\$ 80,240	\$ 120,360	\$ 160,480	\$ 200,600	\$ 240,720
8	\$ 44,660	\$ 89,320	\$ 133,980	\$ 178,640	\$ 223,300	\$ 267,960
Para familias / hogares con más de 8 personas, agregue \$ 4,540 por cada persona adicional .						

APÉNDICE B

La información sobre Política del Sistema de Salud de Asistencia Financiera, y las hermanas del hospital las hermanas Hospital de Salud Sistema de Facturación y Colección Política se puede hacer disponible a los pacientes y las comunidades atendidas por HSHS 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/ fa p](http://www.hshs.org/fa.p).

<p><u>Wisconsin del este</u></p> <p>St. Mary's Hospital - Green Bay, WI St. Vincent Hospital - Green Bay, WI St. Nicholas Hospital - Sheboygan, WI St. Claire Hospital - Oconto Falls, WI</p> <p>Todas las solicitudes completadas del este de Wisconsin junto con todos los anexos deben enviarse a la siguiente dirección:</p> <p>Servicios financieros para pacientes Atención: Programa de asistencia financiera PO Box 135 08 Green Bay, WI 54307</p> <p>Local - (920) 433-8122 Número gratuito - (800) 211-2209 Fax : (920) 431-3161</p>	<p>Illinois</p> <p>St. John's Hospital - Springfield, IL St. Francis Hospital - Litchfield, IL St. Mary's Hospital - Decatur, IL Good Shepherd Hospital - Shelbyville, IL St. Elizabeth's Hospital - Belleville, IL St. Joseph's Hospital - Highland, IL Hospital St. Anthony - Effingham, IL Hospital St. Joseph - Breese, IL Hospital de la Sagrada Familia , Greenville, IL</p> <p>Todas las solicitudes completadas de Illinois junto con todos los anexos deben enviarse a la siguiente dirección:</p> <p>Servicios financieros para pacientes Atención: Programa de asistencia financiera PO Box 13427 Springfield, IL 62791</p> <p>Número gratuito - (888) 477-4221 Correo electrónico : ILSBO@hshs.org</p>
<p><u>Wisconsin occidental</u></p> <p>St. Joseph's Hospital - Chippewa Falls, WI Hospital del Sagrado Corazón - Eau Claire, WI</p> <p>Todas las solicitudes completadas de Western Wisconsin junto con todos los anexos deben enviarse a la siguiente dirección:</p> <p>Servicios financieros para pacientes Atención: Programa de asistencia financiera 900 West Clairemont Avenue</p>	

Eau Claire, WI 54701 Local - (715) 717-4141 Número gratuito - (888) 445-4554 Fax : (715) 717-1896	
--	--

2. Los pacientes y los garantes pueden solicitar copias de la Política de asistencia financiera, la Política de facturación y cobranza, 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 de pacientes, registro, admisión y departamento de emergencias al pedir ayuda a un colega de HSHS. Los asesores financieros también están disponibles en cada una de las siguientes ubicaciones:

ACCESO PÚBLICO A LA POLÍTICA

La información sobre la Política de asistencia financiera del sistema de salud de Hospital Sisters y la Política de facturación y cobro del sistema de salud de Hospital Sisters se pondrá a disposición de los pacientes y las comunidades atendidas por HSHS a través de una variedad de fuentes.

3. 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/fap .
4. Los pacientes y los garantes pueden solicitar copias de la Política de asistencia financiera, la Política de facturación y cobranza, 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 de pacientes, registro, admisión y departamento de emergencias al pedir ayuda a un colega de HSHS. Los asesores financieros también están disponibles en cada una de las siguientes ubicaciones:

División de Illinois :

HSHS St. John's Hospital HSHS St. Francis Hospital

800 E. Carpenter St. 1215 Franciscan Drive
Springfield, IL 62769 Litchfield, IL 62056

Teléfono: 217-544-6464 Teléfono: 217-324-2191

Lunes a viernes de 8 a . M. A 4:30 p . M. Lunes a viernes de 8 a . M. A 4:30 p . M.

HSHS Good Shepherd Hospital HSHS St. Mary's Hospital

200 S. Cedar St. 1800 E. Lake Shore Drive
Shelbyville, IL 62565 Decatur, IL 62521

Teléfono: 217-774-3961 Teléfono: 217-464-2966

De lunes a viernes de 8 a . M. A 4:30 p . M. De lunes a viernes de 8 a . M. A 4:30 p . M.

HSHS St. Elizabeth Hospital de HSHS St. Joseph Hospital de

1 St. Elizabeth's Blvd 12866 Troxler Avenue
O'Fallon, IL 62269 Highland, IL 62249

Teléfono: 618-234-2120 Teléfono: 618-651-2600

De lunes a viernes de 8 a . M. A 4:30 p . M. De lunes a viernes de 8 a . M. A 4:30 p . M.

HSHS St. Anthony Hospital HSHS St. Joseph's Hospital

503 N. Maple Street 9515 Holy Cross Lane
Effingham, IL 62401 Breese, IL 62230

Teléfono: 217-342-2121 Teléfono: 618-526-4511

De lunes a viernes de 8 a . M. A 4:30 p . M. De lunes a viernes de 8 a . M. A 4:30 p . M.

Hospital de la Sagrada Familia HSHS

200 Healthcare Drive
Greenville, IL 62246

Teléfono: 618-664-1230

Lunes a viernes de 8:00 a . M. A 4:30 p . M.

División del este de Wisconsin :

HSHS St. Vincent Hospital HSHS St. Nicholas Hospital

835 S. VanBuren St. 3100 Superior Ave.
Green Bay, WI 54301 Sheboygan, WI 53081

Teléfono: 920-433-0111 Teléfono: 920-459-8300

Lunes a viernes de 8 a . M. A 4:30 p . M. Lunes a viernes de 8 a . M. A 4:30 p . M.

HSHS St. Mary's Hospital HSHS St. Clare Memorial Hospital

1726 Shawano Ave. 855 S. principal St.
Green Bay, WI 54303 Oconto Falls, WI 54154

Teléfono: 920-498-4200 Teléfono: 920-846-3444

Lunes a viernes de 8 a . M. A 4:30 p . M. Lunes a viernes de 8 a . M. A 4:30 p . M.

División del oeste de Wisconsin :

HSHS St. Joseph's Hospital HSHS Sacred Heart Hospital

2661 Carretera del condado I 900 W Clairemont Ave

Chippewa Falls, WI 54729 Eau Claire, WI 54701

Teléfono: 715-723-1811 Teléfono: 715-717-4121

Lun-Viernes 8 de la mañana - 16:30 Lunes-Viernes 8 de la mañana - las 4:30 pm

Nota: Un HSHS Occidental Wisconsin Financiero Consejero es el sitio en el Sagrado Corazón durante principales negocios horas, St. de José personal conectan los pacientes que tienen preguntas con el Financiero Consejero a través del teléfono.

Proveedores y departamentos cubiertos

Para obtener una lista completa de los proveedores que cumplen y no respetan la Política de asistencia financiera de HSHS, visite nuestro sitio web en www.hshs.org/fap . También puede comunicarse con la oficina comercial local de HSHS para obtener esta información. La información de contacto de cada ministerio local u oficina comercial divisional se enumera en esta política, Apéndice B

Cantidades GENERAL BILLED (AGB)

El monto generalmente facturado es el pago esperado por servicios de emergencia o médicamente necesarios de los pacientes y / o el garante del paciente. Para los pacientes no asegurados que reúnan los requisitos , esta cantidad no excederá una tarifa que se determinará utilizando un método de retrospectiva descrito en §1.50@-5 (b) (3) del Código del Servicio de Impuestos Internos. El Look Back método se puede basa en Medicare de pago por los servicios , junto con todos los privados de salud aseguradoras que pagan las reclamaciones. Las reclamaciones a ser incluidos en la AGB cálculo será ser reclamos permitidos durante el previo de doce el mes calendario año período. El numerador se compone de todos los créditos admitidos de pago por servicio de reclamaciones de Medicare y todos los privados de salud aseguradoras que pagan las reclamaciones incluso de cantidades de co-seguro, copagos y deducibles. Los cargos brutos por dichos reclamos se incluirán en el denominador. El AGB se calcula con una frecuencia no menor que una vez al año y está disponible a pedido de cada ministerio local de HSHS u Oficina de Negocios Divisional (DBO) y públicamente en el sitio web en www.hshs.org/fap. La información de contacto de cada ministerio local u oficina comercial divisional se enumera en esta política, Apéndice B.