

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

SISTEMA: Hospital Sisters Health System	MANUAL: Manual ejecutivo
TÍTULO: Política del Programa de Ayuda Económica	DEPARTAMENTO DONDE SE ORIGINA: Servicios fiscales
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 12 de diciembre de 2023	FECHAS DE REVISIÓN: 12/14/21, 08/13/21, 4/13/21, 2/1/21, 12/12/2022
SUSTITUYE A: #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, #A-43	
* Según lo exige la Reglamentación CMS §482.12 A-0043 condiciones de participación: Organo rector, los siguientes hospitales y entidades se incluyen como entidades de HSHS: ILLINOIS: (1) HSHS St. John's Hospital – Springfield (2) HSHS St. Mary's Hospital – Decatur, (3) HSHS St. Francis Hospital – Litchfield, (4) HSHS Good Shepherd Hospital – Shelbyville, (5) HSHS St. Anthony's Memorial Hospital – Effingham, (6) HSHS St. Joseph's Hospital – Highland, (7) HSHS St. Joseph's Hospital – Breese, (8) HSHS St. Elizabeth's Hospital – O'Fallon, (9) HSHS Holy Family Hospital – Greenville, (10) HSHS Physician Enterprise (HSHS Medical Group – Illinois, Prairie Cardiovascular Consultants). WISCONSIN: (1) HSHS St. Vincent Hospital – Green Bay, (2) HSHS St. Mary's Hospital Medical Center – Green Bay, (3) HSHS St. Clare Memorial Hospital – Oconto Falls, (4) HSHS St. Nicholas Hospital – Sheboygan, (5) HSHS Sacred Heart Hospital – Eau Claire, (6) HSHS St. Joseph's Hospital – Chippewa Falls, (7) HME Home Medical, (8) Libertas Treatment Center – Green Bay and Marinette, (9) HSHS Physician Enterprise (HSHS Medical Group – Wisconsin).	

I. POLÍTICA:

La misión y los valores de Hospital Sisters Health System (HSHS) y de cada uno de los Sistemas locales afiliados fomentan el acercamiento a las personas de las comunidades a las que servimos para prestarles atención médica, incluyendo personas individuales y familias con limitaciones económicas. Estamos comprometidos con dar ayuda económica a las personas que tienen necesidades de atención médica y viven sin seguro, tienen seguro insuficiente, no son elegibles para los programas gubernamentales o no pueden pagar la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria basándose en su situación económica individual.

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

II. PROPÓSITO:

La política del Programa de Ayuda Económica permite que HSHS determine la elegibilidad de los pacientes que cumplen los criterios de elegibilidad establecidos para recibir ayuda económica. Esta política no ofrece una disposición para ayudar a los pacientes con medios suficientes que se niegan a pagar los servicios médicos que se les prestan a ellos o a sus familiares. El Programa de Ayuda Económica tiene como objetivo ayudar a los pacientes a resolver sus saldos médicos en HSHS después de agotar todas las demás opciones financieras. La política también identifica los pasos que tomará HSHS para comunicar la disponibilidad de ayuda económica e identifica los plazos y las restricciones aplicables a las acciones de cobranza. Toda la información que recopila HSHS durante este proceso está sujeta a las políticas de HSHS sobre la protección de la información confidencial.

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

III. DEFINICIONES:

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

- A. **Activos:** bienes de todo tipo, muebles e inmuebles, tangibles e intangibles, que sean legalmente aplicables o sujetos al pago de las deudas del paciente, incluyendo, entre otros, dinero en efectivo, cuentas corrientes y de

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

ahorro, autos, derechos mineros, acciones, fondos mutuos, líneas de crédito y cualquier otra inversión; siempre que, sin embargo, ese "ingreso", según se define aquí, no se incluya en la determinación de los activos.

- B. **Cantidades 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 más en el Apéndice D.
- C. **Período de solicitud:** el período durante el que se puede presentar una solicitud de FAP para que se considere la elegibilidad para recibir ayuda económica. El período de solicitud comienza en la fecha en que se presta la atención y finaliza el día 240 después de la fecha en que se da la primera declaración después del alta para la atención médica o: (i) la fecha especificada en un aviso por escrito de HSHS con respecto a su intención de iniciar ECA; o (ii) en el caso de un paciente al que se ha considerado como un posible candidato para ser elegible para ayuda económica por debajo del 100 %, el final del tiempo razonable para pedir ayuda económica como se describe en la Sección VI.
- D. **Ayuda económica o benéfica:** el ajuste de los cargos por servicios médicos gratis o con descuento que se prestan a las personas que cumplen ciertos criterios financieros.
- E. **Colega o delegado:** los empleados o contratistas de HSHS que ayudarán a los pacientes con el proceso para pedir ayuda económica según este Programa de Ayuda Económica.
- F. **Requisitos de la Sección 501(r) del Código:** los requisitos de la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos de 1986, según se modifique ocasionalmente, y las Reglamentaciones del Tesoro relacionados con la ayuda económica, las limitaciones de los cargos y las actividades de facturación y cobranza.
- G. **Servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios:** servicios médicos de emergencia prestados en una sala de emergencias; servicios de atención médica para una condición que, si no se trata rápido, daría lugar a un cambio adverso en el estado médico de una persona; servicios no electivos prestados en respuesta a circunstancias que amenazan la vida en un entorno de sala de no emergencia; y otros servicios médicamente necesarios, todos evaluados caso por caso exclusivamente a discreción de HSHS para fines de solicitud de este Programa de Ayuda Económica.
- H. **Acciones de cobranza extraordinarias o "ECA":** para los fines de esta política del Programa de Ayuda Económica, las ECA son aquellas actividades identificadas según los requisitos de la Sección 501(r) del Código, que pueden incluir:
 - 1. Vender la deuda de una persona a otra parte, a menos que el comprador esté sujeto a ciertas restricciones según lo dispuesto en los Requisitos de la Sección 501(r) del Código.
 - 2. Reportar la información adversa sobre la persona a las agencias de informes crediticios del consumidor o a las oficinas de crédito.
 - 3. Acciones que necesitan un proceso legal o judicial, excepto los reclamos presentados en un proceso de quiebra o de lesiones personales.
- I. **Familia:** la Oficina del Censo la define como un grupo de dos o más personas que viven juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Si un paciente declara a alguien como dependiente en su declaración de impuestos sobre ingresos de acuerdo con las normas del Servicio de Impuestos Internos, entonces se puede considerar como dependiente a efectos de la prestación de ayuda económica.
- J. **Ingresos familiares:** los ingresos son el total de los ingresos anuales en efectivo de todas las fuentes, antes de impuestos, menos los pagos hechos para la manutención de menores, incluyendo, entre otros; los sueldos y salarios antes de deducciones, las propinas, los ingresos netos de los ingresos de los trabajadores autónomos no agrícolas, los ingresos netos de los trabajadores autónomos agrícolas, los pagos del seguro social, la jubilación ferroviaria, el subsidio de desempleo, los beneficios de compensación de los trabajadores, los pagos de los veteranos, los pagos de la asistencia pública, la Seguridad de Ingreso Suplementario, el Ingreso por Discapacidad del Seguro Social, la pensión alimenticia, las asignaciones militares, las pensiones privadas, las pensiones del

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

gobierno, los pagos de renta vitalicia, los subsidios, las subespecialidades, los dividendos, los intereses, los ingresos netos de alquileres, los pagos netos, las ganancias netas de los juegos de azar o de la lotería, la ayuda fuera del grupo familiar y otras fuentes diversas. Los beneficios no monetarios (como los cupones de comida, los subsidios de vivienda y la manutención de menores) no cuentan como ingresos.

- K. **Solicitud de FAP:** la información y la documentación adjunta que presenta un paciente para solicitar ayuda económica según un Programa de Ayuda Económica.
- L. **Directrices federales de pobreza:** las directrices federales de pobreza publicadas más recientemente para un grupo familiar por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. y actualizadas periódicamente. Consulte el Apéndice A para conocer las directrices más actualizadas.
- M. **Garante:** una persona, que puede ser o no el paciente, que es responsable del pago de la factura del paciente.
- N. **Servicios de atención médica:** servicios médicos prestados a la persona en HSHS, incluyendo, entre otros, servicios quirúrgicos y de diagnóstico médico, y alojamiento y comida; entorno de diagnóstico para pacientes ambulatorios, incluyendo, entre otros, los Servicios de diagnóstico, los Servicios terapéuticos y los Servicios de apoyo crónico, incluyendo el uso de equipos, suministros y servicios profesionales (excluyendo los médicos que no pertenecen al HSHS).
- O. **Sin hogar:** indigente, cuando una persona carece de una vivienda fija, regular y adecuada, y si duerme en un refugio designado para alojamientos temporales o en lugares no designados para la vivienda humana.
- P. **Centro hospitalario:** un centro que un estado exige que esté autorizado, registrado o sea reconocido de manera similar como hospital. Múltiples edificios operados bajo una sola licencia estatal se consideran un solo hospital.
- Q. **Ley de descuentos para pacientes sin seguro de hospitales de Illinois:** una ley de Illinois que exige a los hospitales de Illinois que den a los pacientes sin seguro un descuento en sus facturas médicas. La ley exige que los pacientes envíen una solicitud por el descuento en un plazo de 60 días a partir de la recepción de la factura médica inicial.
- R. **Tutor:** un sustituto legal reconocido del paciente con relación a las decisiones médicas y económicas, que estaría autorizado según la ley estatal aplicable para recibir información confidencial de la atención médica del paciente. Esto incluye a los padres que son legalmente responsables de sus hijos menores de edad, familiares cercanos reconocidos por el paciente o por la ley estatal aplicable con capacidad legal para actuar en nombre del paciente con relación a las decisiones médicas o económicas, o un tutor según la ley estatal aplicable.
- S. **Ayuda benéfica para personas médicamente indigentes:** servicios de atención médica prestados cuando no hay recursos económicos suficientes para cubrir los costos de la atención sin un efecto catastrófico sobre la familia individual, cuando no hay cobertura de atención médica catastrófica y para aquellos sin seguro de terceros, lo que excluye la capacidad de la persona para pagar por los servicios, independientemente del nivel de ingresos.
- T. **Servicios médicamente necesarios:** servicios de atención médica para una condición que, si no se trata con prontitud, dará lugar a un cambio adverso en el estado médico de una persona; servicios médicos de emergencia prestados en un entorno de sala de emergencias; servicios no electivos prestados en respuesta a circunstancias que amenazan la vida en un entorno de sala de no emergencia, y servicios médicamente necesarios, evaluados caso por caso a discreción de HSHS.
- U. **Servicios Financieros para Pacientes:** el departamento responsable de administrar el Programa de Ayuda Económica en HSHS y cada Sistema local.
- V. **Posible elegibilidad:** en ciertas circunstancias, los pacientes sin seguro pueden considerarse posibles o elegibles para recibir ayuda económica basado en su inscripción en otros programas con verificación de recursos u otras

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

fuentes de información, no dadas directamente por el paciente, para hacer una evaluación individual de la necesidad económica.

- W. **Parte responsable:** el paciente o cualquier persona legalmente obligada a pagar las deudas del paciente por atención médica, excluyendo a terceros pagadores. Un paciente adulto que viva en el grupo familiar de un familiar que no sea su cónyuge, incluyendo un hijo adulto soltero que viva en la casa, se considerará la "parte responsable" para los fines de esta política, sin tener en cuenta los bienes e ingresos de los otros familiares que viven en la casa (excepto un cónyuge).
- X. **Entidad sustancialmente relacionada:** una entidad tratada como una sociedad para los efectos de los impuestos federales en la que un Sistema local tiene un capital o una participación en las ganancias, o una entidad no considerada de la cual el Sistema local es el único miembro o propietario, que presta servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios en un hospital de un Sistema local, a menos que la prestación de dicha atención sea un oficio o negocio no relacionado descrito en la sección 513 del Código de Impuestos Internos.
- Y. **Tercero pagador:** cualquier agente o entidad financiera, como una aseguradora, una HMO, un plan de beneficios para empleados o un pagador gubernamental, con una obligación legalmente exigible de pagar los servicios que HSHS le facturó a un paciente. Las partes responsables, como se definen en este documento, no se consideran terceros pagadores.
- Z. **Seguro insuficiente:** una persona, con cobertura de seguro privado o público, para quien podría ser una dificultad económica pagar en su totalidad los gastos de bolsillo que se esperan para los servicios médicos prestados por HSHS.
- AA. **Sin seguro:** una persona, sin cobertura de terceros provista por medio de un asegurador comercial de terceros, un plan ERISA, un Programa federal de atención médica (incluyendo, sin limitación, Medicare, Medicaid, SCHIP y CHAMPUS), Compensación de los Trabajadores u otra asistencia de terceros disponible para cubrir el costo de los gastos de atención médica de un paciente.
- BB. **Descuento sin seguro:** a los pacientes sin cobertura de terceros se les hará un descuento para pacientes sin seguro, para los servicios elegibles que presta HSHS según esta política, cuando se presten los cargos sin descuento. HSHS hará que este descuento se aplique automáticamente a los saldos de los pacientes sin seguro cuando se facture. Las cantidades actuales de descuento para personas sin seguro se publican en el Apéndice A de esta política y la Oficina Única de Facturación los revisa anualmente para determinar si son apropiados.

IV. ÁMBITO

La política del Programa de Ayuda Económica se aplica a todos los Sistemas locales de HSHS y cualquier entidad sustancialmente relacionada con dichos Sistemas locales. Los servicios elegibles según la política de ayuda económica de HSHS deben ser clínicamente apropiados y dentro de los estándares de práctica médica generalmente aceptados. Estos incluyen los siguientes:

1. Servicios médicos de emergencia prestados en un entorno de emergencia, y atención prestada en un entorno de emergencia con el propósito de estabilizar la condición de un paciente.
2. Servicios no electivos prestados en respuesta a circunstancias que amenazan la vida en un entorno que no es de emergencia.
3. Los servicios médicamente necesarios, como los servicios de atención médica para pacientes hospitalizados o ambulatorios prestados para evaluar, diagnosticar o tratar una lesión o enfermedad, y los servicios que normalmente Medicare u otra cobertura de seguro médico definen como "artículos o servicios cubiertos".
4. Los servicios de proveedores empleados por HSHS están cubiertos según esta política. Consulte el Apéndice C para obtener una lista completa de los proveedores incluidos.

Los servicios que no son elegibles para ayuda económica incluyen los siguientes:

1. Procedimientos electivos que no son médicamente necesarios y servicios que normalmente no están cubiertos por Medicare o definidos por Medicare u otra cobertura de seguro médico como no médicamente necesarios.

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

2. Operación Lasik, acupuntura, puntuación cardíaca, lentes de contacto/anteojos, servicios de cirugía cosmética/plástica, aparatos auditivos, ortodoncia, servicios dentales, optometría y servicios de farmacia solo dinero en efectivo.
3. Servicios recibidos de proveedores de atención no empleados por HSHS (por ejemplo, profesionales médicos o médicos privados o que no pertenecen a HSHS, transporte en ambulancia, etc.) Se anima a los pacientes que se comuniquen directamente con estos proveedores para consultar sobre cualquier asistencia disponible y para hacer arreglos de pago. Consulte el Apéndice C para obtener una lista completa de los proveedores que no están cubiertos según esta política.
4. Servicios médicamente necesarios prestados a pacientes fuera de la red según lo definido por sus aseguradoras.

V. DIRECTRICES/PROCEDIMIENTOS

Orientación financiera

1. Los colegas de Servicios Financieros para Pacientes y Acceso de Pacientes o sus personas designadas son responsables de ayudar a los pacientes y sus familias a determinar la elegibilidad y enviar una solicitud para los programas de seguros federales, estatales y locales o el Programa de Ayuda Económica. Si corresponde, se hace una remisión para orientación sobre deudas. La información estará disponible en todos los lugares de acceso de los pacientes, incluyendo los Departamentos de Emergencias.
2. Se usa una solicitud de ayuda económica para recopilar y documentar el seguro y el estado financiero del paciente. El formulario de solicitud estándar se revisa según sea necesario, pero al menos una vez al año, por el vicepresidente del Sistema de ciclo de ingresos o las personas designadas para garantizar que incluya toda la información necesaria para procesar la solicitud. Cualquier cambio en el formulario de solicitud estándar se comunica a cada Sistema local para su implementación y distribución inmediata.
3. La cooperación del paciente es necesaria para determinar la elegibilidad en el Programa de Ayuda Económica de HSHS.
4. Independientemente de la elegibilidad para recibir ayuda económica según esta política del Programa de Ayuda Económica, todos los pacientes sin seguro reciben un descuento para personas sin seguro en el momento de la facturación. Este descuento será un ajuste administrativo, no un ajuste de caridad. Cada Sistema local determinará si el paciente puede calificar para un nivel de descuento más alto basado en las comunidades individuales a las que sirve, pero en ningún momento el ajuste será por debajo del 25 % de los cargos brutos. Las cantidades actuales de descuento para personas sin seguro se publican en el Apéndice A de esta política y la Oficina de Única de Facturación (SBO) los revisa anualmente para determinar si son apropiados. En caso de que un paciente sea aprobado posteriormente para un ajuste de caridad, el ajuste de descuento correspondiente para personas sin seguro se revertirá y la cantidad 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 Ayuda Económica y otros programas de ayuda disponibles de terceros.

Criterios de elegibilidad

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

1. No discriminación. La ayuda económica según esta política está disponible sin importar la raza, el color, el credo, el país de origen, la edad, la discapacidad, el estado de discapacidad, la condición de atención médica, la orientación sexual o el estado civil del paciente.

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

2. Restricciones de residencia. Los pacientes que buscan ayuda económica necesitan buscar la atención médica adecuada en los centros médicos más cercanos a su residencia real. En caso de que el tratamiento adecuado no esté disponible en su comunidad, el paciente puede recibir una aprobación previa para los servicios médicamente necesarios según el Programa de Ayuda Económica de HSHS. Para determinar la residencia, HSHS exige una identificación válida emitida por el estado, una factura de servicios públicos recibida en los últimos 60 días, un contrato de arrendamiento, una tarjeta de registro de auto, una tarjeta de registro de votante o correo dirigido al paciente de una entidad gubernamental local, estatal o federal o carta de apoyo de inmigrantes
3. Servicios excluidos. La atención del paciente, que no sea médicamente necesaria, incluyendo la atención electiva, cosmética u otra atención considerada generalmente no reembolsable por las aseguradoras tradicionales y los pagadores del gobierno, no se considerará elegible para recibir ayuda económica.
4. Hijos menores de edad/padres divorciados. Para los hijos menores de edad de padres divorciados, cuando ambos padres/tutores sean las partes responsables, se necesitará información sobre ambos padres para completar una Solicitud de ayuda económica. Sin embargo, si después de esfuerzos razonables, las circunstancias impiden que el solicitante obtenga información financiera de todas las partes responsables, se usará la información de las partes responsables que viven en el mismo grupo familiar de los hijos menores de edad para tomar la resolución.
5. Otros recursos. La ayuda económica que HSHS da según esta política es secundaria a todos los demás terceros y recursos económicos disponibles para el paciente. Esto incluye, entre otros:
 - a. Planes de seguro médico individual o de grupo
 - b. Planes de beneficios del empleado
 - c. Planes de Compensación de los Trabajadores
 - d. Medicaid, programas médicos estatales o del condado
 - e. Otros programas estatales, federales o médicos
 - f. Terceros declarados legalmente responsables de los gastos médicos de un paciente (por ejemplo, accidentes de auto o reclamos por lesiones personales)
 - g. Cualquier otra persona o entidad que tenga la responsabilidad legal de pagar los servicios médicos
 - h. Fondo para víctimas del delito (si corresponde)
 - i. Costo de atención médica cubierto por programas gubernamentales de otros países

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

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

6. Prueba de activos. Los activos disponibles de los pacientes se considerarán para determinar la elegibilidad para recibir ayuda económica según el Programa de Ayuda Económica. Los pacientes con activos significativos generalmente no son elegibles según el Programa de Ayuda Económica. Para efectos de esta disposición, los activos significativos son activos, distintos de los activos excluidos, con un valor superior al 600 % de las directrices federales de pobreza para Sistemas locales en áreas urbanas y el 300 % de las directrices federales de pobreza para Sistemas locales en áreas rurales o que son hospitales de acceso crítico.
7. Se ofrecerá ayuda económica a los pacientes elegibles con seguro insuficiente, siempre que dicha ayuda esté de acuerdo con el acuerdo contractual de la aseguradora. Por lo general, la ayuda económica no está disponible para el copago del paciente o los saldos después del seguro en caso de que un paciente no cumpla razonablemente los requisitos del seguro, como obtener las remisiones o autorizaciones adecuadas. Los saldos fuera de la red se pueden revisar caso por caso.

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

- a. Se espera que los pacientes con cuentas médicas personales con ventajas impositivas, como una cuenta de ahorro para gastos médicos, un acuerdo de reembolsos de gastos médicos o una cuenta de gastos flexibles, usen los fondos de la cuenta antes de que se les dé ayuda económica.
- b. HSHS se reserva el derecho de revertir los descuentos descritos en este documento en caso de que determine razonablemente que tales términos infringen cualquier obligación legal o contractual de HSHS.

Disponibilidad de ayuda económica

1. Los pacientes que cumplan los criterios de elegibilidad de arriba pueden ser elegibles para recibir ayuda económica.
2. Una vez determinada la elegibilidad, no se puede cobrar a un paciente más de la AGB por servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios.
3. El método retrospectivo se usa para determinar la AGB. Se puede encontrar más información del cálculo de AGB en el Apéndice D. Los ciudadanos pueden obtener fácilmente el porcentaje de AGB y una descripción del cálculo para el hospital del Sistema local aplicable por escrito y sin cargo visitando www.hshs.org/fap, comunicándose con Servicios Financieros para Pacientes; o hacer una solicitud presencial en un hospital de un Sistema local. La información de contacto para cada Sistema local, según corresponda, se da en el Apéndice B.

Directrices para la determinación de ayuda económica

1. Los pacientes elegibles sin seguro o con seguro insuficiente pueden calificar para recibir ayuda económica según los ingresos familiares y las directrices federales de pobreza, como se indica en el Apéndice A.
2. Para los pacientes sin seguro, la ayuda económica se aplicará a los cargos brutos (el cargo facturado por HSHS). Para los pacientes con seguro insuficiente, la ayuda económica se aplicará solo a la cantidad que el paciente es personalmente responsable de pagar, después de que se hayan aplicado los reembolsos o pagos del seguro y otros terceros pagadores.
3. HSHS considerará las siguientes circunstancias y otras circunstancias similares cuando evalúa a los solicitantes que de otro modo no califican para recibir ayuda económica según este Programa de Ayuda Económica.
 - a. La deuda médica catastrófica se define como una deuda médica superior al 20 % de los ingresos anuales de la familia del paciente. Toda la deuda médica de HSHS que supere el 20 % se ajustará a la ayuda económica mediante aviso del paciente y verificación por los colegas de HSHS.
 - b. El cálculo del marco de tiempo para el máximo de ingresos anuales se basará en un período de 12 meses a partir de la fecha más reciente de los servicios médicos.

Proceso de solicitud para el Programa de Ayuda Económica

1. Todos los pacientes (o sus tutores) que quieran que se les tenga en cuenta para el Programa de Ayuda Económica deben pedir ayuda antes o en el momento del ingreso o antes del alta, si es posible. Los pacientes también podrán pedir que se les considere según el Programa de Ayuda Económica antes de que la cuenta se coloque en una agencia de cobranza de deudas incobrables, según los Requisitos de la Sección 501(r) del Código. HSHS puede pedir que una agencia de cobranza de deudas incobrables devuelva una cuenta si se aprueba la ayuda económica de un paciente, siempre que la cuenta se haya enviado a una agencia de deudas incobrables en los doce meses anteriores a la fecha de aprobación de la solicitud.
2. Las instrucciones que se exigen para completar la solicitud de FAP se darán a los pacientes, sus tutores o cualquier persona autorizada para actuar en nombre del paciente. HSHS dará acceso a colegas o delegados para ayudar a los pacientes/tutores a entender los criterios de elegibilidad y cómo completar la solicitud de FAP.
3. El paciente o la parte responsable puede completar y devolver la solicitud de FAP durante el Período de solicitud. Esto también se puede hacer de manera electrónica por medio de MyChart.
4. Cuando se considera una solicitud de FAP, HSHS puede pedir que el paciente primero busque otras fuentes de pago, incluyendo, entre otros, Medicaid, asistencia médica estatal o del condado, fondo para víctimas de delitos, ingresos

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

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 posibles fuentes de pago de terceros de manera oportuna, se considerará que el paciente no es elegible según el Programa de Ayuda Económica y HSHS no considerará la solicitud de ayuda económica del paciente.

5. El paciente (o sus tutores) deben revelar la información financiera, según se identifica en esta política del Programa de Ayuda Económica o la solicitud de FAP, que HSHS considere pertinente para determinar la elegibilidad del paciente para recibir ayuda económica.
6. Si HSHS lo pide, los pacientes (o sus tutores) que piden ayuda económica deben autorizar a HSHS a hacer consultas a empleadores, bancos, agencias de crédito y otras instituciones para verificar la información que HSHS necesita para determinar la elegibilidad para recibir ayuda económica.
7. La solicitud FAP completa debe ir acompañada de fotocopias legibles y precisas de los siguientes documentos, según sea necesario, para verificar la elegibilidad:
 - a. Declaraciones de impuestos del IRS completas para el año calendario más reciente de todas las partes responsables.
 - b. Talones de cheques de nómina u otra documentación de las fuentes de ingresos mensuales que reflejen los ingresos de todas las partes responsables durante al menos los tres meses anteriores a la solicitud;
 - c. Verificación por escrito de las agencias de asistencia pública, como Medicaid o médico del condado, que refleje las denegaciones de elegibilidad (cuando se pida) y según corresponda; y
 - d. Verificación por escrito de la razón por la que se denegaron los beneficios de desempleo o Compensación de los Trabajadores (cuando se pida y según corresponda).
8. Los ingresos se anualizarán, cuando corresponda, basado en la documentación entregada.
9. Se mantendrá la confidencialidad de la información para todos los que busquen o reciban ayuda bajo el Programa de Ayuda Económica de HSHS, según lo exigen las políticas de HSHS y las leyes federales y estatales. Las copias de todos los documentos de respaldo se mantendrán con el formulario de solicitud hasta que se destruyan de acuerdo con las políticas de HSHS y las leyes federales y estatales de retención de documentos.
10. Los Servicios Financieros para Pacientes o los representantes designados pueden entrevistar al paciente o a la parte responsable y pedir una solicitud FAP completa para determinar la necesidad y elegibilidad para la caridad.
 - a. HSHS puede pedir la documentación de la información solicitada para verificar la elegibilidad para la ayuda económica y para completar el procesamiento de la solicitud.
 - b. Si HSHS determina que cualquier documentación o información importante presentada no es verdadera o está falsificada, se denegará la solicitud para el Programa de Ayuda Económica. HSHS no reconsiderará una solicitud si sus representantes determinan que el solicitante tergiversó intencionalmente información importante relacionada con los criterios de elegibilidad o la documentación.
11. Las cuentas que el servicio de cobranza devuelva debido a la falta de ingresos o bienes del deudor calificarán para el estado de caridad debido a su incapacidad de pago o al hecho de que el servicio de cobro independiente las considere médicamente indigentes. Además, los pacientes para los que HSHS reciba la confirmación de descargo de bancarrota del Capítulo 7 por medio de un Tribunal Federal de Quiebras también calificarán para la caridad del 100 %.

Posible elegibilidad

1. La posible elegibilidad según el Programa de Ayuda Económica se puede conceder si el paciente, por sí mismo o por medio de otras fuentes disponibles para HSHS, presenta evidencia de su incapacidad para pagar los servicios médicamente necesarios. Una vez determinado, debido a la naturaleza inherente de las posibles circunstancias, el único descuento que se puede conceder es la cancelación del 100 % del saldo de la cuenta. La posible elegibilidad se puede determinar basado en circunstancias individuales que pueden incluir:
 - c. **TODOS LOS HOSPITALES (HSHS) Y MEDICAL GROUP:**
 - i. Sin hogar
 - ii. Fallecido sin patrimonio

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

- iii. Incapacidad mental sin nadie que actúe en nombre del paciente
- iv. Elegibilidad para Medicaid, pero no en la fecha del servicio o para servicios no cubiertos
- v. Encarcelamiento en una institución penal
- vi. Inscripción en los siguientes programas de ayuda para personas de bajos ingresos:
 - 1. Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
 - 2. Programa de Apoyo a la Vivienda de Alquiler de la Autoridad de Desarrollo de Vivienda de Illinois
 - 3. Programa de Asistencia de Vivienda del Departamento de Servicios Médicos de Wisconsin

b. HOSPITALES URBANOS: más categorías obligatorias:

- i. Inscripción en uno o más de los siguientes programas con criterios iguales o por debajo del 200 % de las directrices federales de pobreza actuales:
 - 1. Participación en el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
 - 2. Elegibilidad para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
 - 3. Programa de Asistencia para el Pago de la Energía para Casas de Bajos Ingresos (LIHEAP)
 - 4. Programa de Asistencia para el Pago de la Energía para la Casa de Wisconsin (WHEAP)
 - 5. Inscripción en un programa organizado basado en la comunidad que da acceso a atención médica que evalúa y documenta como criterio el estado económico limitado de bajos ingresos
 - 6. Comprobante de subvención de ayuda por servicios médicos

- 2. HSHS puede usar programas externos para verificar la capacidad de pago de los pacientes (por ejemplo, SearchAmerica). Si se determina que un paciente no puede pagar los servicios médicamente necesarios por medio de estos programas externos, las cuentas se ajustarán a caridad. Consulte “Posible elegibilidad” (arriba).
- 3. Los pacientes que se determinó que eran elegibles para el Programa de Ayuda Económica conservan la elegibilidad por un período hasta de seis (6) meses a partir de la fecha de aprobación. Al final de los seis (6) meses, el paciente es responsable de volver a enviar una solicitud para la elegibilidad según el Programa de Ayuda Económica.

Exclusión de activos

- 1. HSHS puede excluir los siguientes activos mencionados abajo del cálculo de activos del grupo familiar netos disponibles sin afectar la elegibilidad para el Programa de Ayuda Económica. Sin embargo, cualquier Sistema local que no aplique un descuento para pacientes sin seguro debe calificar para 210 ILCS 89(10)(c)(4).
 - a. Una casa que es la residencia principal
 - b. Propiedad personal para uso en casa
 - c. Autos hasta un valor combinado de \$15,000 con un valor basado en la cantidad de tasación actual del libro azul (excluye casas rodantes)
 - d. Activos líquidos incluyendo dinero en efectivo, ahorros, acciones, bonos, etc. hasta \$1,000 para una persona; \$2,000 para dos personas; y \$500 por cada persona más en el grupo familiar
 - e. Cualquier fondo reservado en una cuenta de jubilación según lo define el Servicio de Impuestos Internos
 - f. Otros activos directamente relacionados con los ingresos y el sustento del grupo familiar pueden estar exentos si se considera necesario y razonable para que HSHS continúe con la capacidad de ganarse los medios de subsistencia.
 - g. Pagos mensuales del centro de atención residencial o vida asistida

Comunicación del Programa de Ayuda Económica a los pacientes

- 1. El aviso sobre la disponibilidad de ayuda económica de HSHS incluirá lo siguiente:
 - a. Copias impresas: la política del Programa de Ayuda Económica, la solicitud de FAP y el resumen en lenguaje simple estarán disponibles cuando se solicite y sin cargo, tanto por correo como en lugares públicos en los hospitales de los Sistemas locales, incluyendo, como mínimo, la sala de emergencias (si corresponde) y áreas de ingreso.



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

- b. Registro y alta: a los pacientes se les ofrecerán el resumen en lenguaje simple y la solicitud de FAP durante los procesos de registro, posregistro o alta.
 - c. Señalización: la disponibilidad del Programa de Ayuda Económica se anunciará en carteles del tamaño de un póster situados en las áreas del Departamento de Emergencias, Ingresos, unidades para pacientes ambulatorios y salas de espera. Se incluirá un teléfono de llamada sin costo.
 - d. Internet: la política del Programa de Ayuda Económica, la solicitud de FAP y el resumen en lenguaje simple estarán ampliamente disponibles en el sitio web de HSHS (www.hshs.org/fap).
 - e. Estados de cuenta del paciente: cada cuenta, factura u otro resumen de cargos deberá incluir con esta, o sobre esta, una declaración visible de que la persona puede solicitar su consideración según el Programa de Ayuda Económica, incluyendo el teléfono de Servicios Financieros para Pacientes y la dirección del sitio web directo donde se pueden obtener copias de la política del Programa de Ayuda Económica, la solicitud de FAP y el resumen en lenguaje simple.
 - f. Traducciones: HSHS pondrá a disposición traducciones del Programa de Ayuda Económica, la solicitud de FAP y un resumen en lenguaje simple en el idioma que hablan los grupos lingüísticos con poco dominio del inglés que constituyen lo que sea menor entre 1,000 personas o el cinco por ciento (5 %) de la comunidad atendida por el Sistema local o la población que probablemente se verá afectada o que se encuentre con el Sistema local aplicable.
 - g. Difusión a la comunidad: HSHS tomará medidas para avisar e informar a los miembros de la comunidad sobre el Programa de Ayuda Económica.
2. Una parte interesada puede hacer una solicitud del Programa de Ayuda Económica en nombre del paciente (sujeto a las leyes de privacidad), incluyendo, entre otros:
- a. Paciente o garante
 - b. Líder o representante de la comunidad religiosa
 - c. Médico personal u otros profesionales de atención médica
 - d. Cualquier miembro del personal de HSHS o personal médico
 - i. Los ejemplos incluyen: médicos, enfermeros, asesores económicos, trabajadores sociales, administradores de casos, capellanes y patrocinadores religiosos.

VI. PROCESO DE FACTURACIÓN Y COBRO

Como se describe abajo, HSHS hará esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible según este Programa de Ayuda Económica para recibir ayuda económica antes de participar en una ECA.

Procesamiento de solicitudes del Programa de Ayuda Económica

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

1. Determinaciones de posible elegibilidad. Si se determina que un paciente es posiblemente elegible para menos de la ayuda más generosa disponible según el Programa de Ayuda Económica (por ejemplo, la determinación de elegibilidad se basa en una solicitud presentada con relación a la atención anterior), HSHS o el Sistema local informará a la persona basándose en la determinación y le dará al paciente un período de tiempo razonable para solicitar una asistencia más generosa antes de iniciar una ECA.
2. Solicitudes de FAP incompletas. En el caso de un paciente que presente una solicitud de FAP incompleta durante el período de solicitud, HSHS o el Sistema local informarán al paciente por escrito sobre cómo completar la solicitud de FAP y le darán al paciente una oportunidad razonable para hacerlo (no menos de 30 días desde la fecha de aviso de la solicitud incompleta). Durante este tiempo, el proceso de facturación estándar continuará, pero cualquier ECA pendiente se suspenderá y el aviso por escrito deberá (i) describir la información o la otra documentación necesaria según el Programa de Ayuda Económica o la solicitud FAP que se necesita para completar la solicitud, e (ii) incluir la información de contacto adecuada.

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

3. Solicitudes de FAP completas. En el caso de un paciente que presente una solicitud de FAP completa durante el Período de solicitud, HSHS o el Sistema local deberán, de manera oportuna, suspender cualquier ECA para obtener el pago de la atención, tomar una determinación de elegibilidad y dar un aviso por escrito, como se muestra abajo.
4. Aplazamiento o denegación de la atención médica. Excluyendo cualquier servicio prestado a un paciente como atención de emergencia, HSHS o el Sistema local pueden aplazar o denegar la atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de una o más facturas de una persona por la atención prestada previamente cubierta según el Programa de Ayuda Económica. Al paciente se le ofrecerá una solicitud de FAP o el Resumen en lenguaje simple de ayuda económica que indica que la ayuda económica está disponible para pacientes elegibles e indicando la fecha límite, si la hay, después de la que HSHS o el Sistema local ya no aceptará ni procesará una solicitud que el paciente haya presentado (o, si corresponde, completado) para la atención previamente prestada en cuestión. Este plazo no será antes de los 30 días después de la fecha en que se dé el aviso por escrito o a los 240 días después de la fecha en que se dé el primer estado de cuenta después del alta por la atención prestada previamente.

Aviso de determinación del Programa de Ayuda Económica

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 informará al paciente, al tutor del paciente o a la parte responsable por escrito sobre la determinación final en cuarenta y cinco (45) días calendario. El aviso incluirá una determinación de la cantidad por la que el paciente o la parte responsable será económicamente responsable, si se aprueba por debajo del 100 % de la ayuda económica. Si se deniega la solicitud para el Programa de Ayuda Económica, se enviará un aviso explicando el motivo de la denegación e instrucciones para la apelación o reconsideración.
2. Reembolsos. HSHS o el Sistema local darán un reembolso por la cantidad que un paciente haya pagado por la atención médica que exceda la cantidad que se determina que el paciente es personalmente responsable de pagar según el Programa de Ayuda Económica, a menos que dicha cantidad excedente sea por debajo de \$5.00.
3. Reversión de ECA. En la medida en que se determine que un paciente es elegible para recibir ayuda económica según el Programa de Ayuda Económica, HSHS o el Sistema local tomarán todas las medidas razonablemente disponibles para revertir cualquier ECA tomada contra el paciente para obtener el pago de la atención médica. Dichas medidas razonablemente disponibles por lo general incluyen, entre otros, medidas para anular cualquier juicio en contra de la persona, levantar cualquier embargo o gravamen sobre la propiedad de la persona y quitar de su informe cualquier información adversa que se haya reportado a una agencia de informes de crédito del consumidor u oficina de crédito.

Apelaciones

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

VII. ADMINISTRACIÓN

Requisitos de presentación de informes

1. Cada Sistema local en Illinois debe poder presentar lo siguiente cuando se solicite:
 - a. Solicitud del Programa de Ayuda Económica
 - b. Criterios de posible elegibilidad aceptados
 - c. Estadísticas de ayuda económica (cuando lo exija la Oficina del Fiscal General de Illinois)
 - d. Solicitudes presentadas (completas e incompletas)
 - e. Solicitudes aprobadas (incluyendo el número aprobado mediante posible elegibilidad)
 - f. Solicitudes denegadas
 - g. Cantidad en dólares de ayuda económica al costo

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

- h. Descripción de la tecnología electrónica y de la información usada
2. Para los Sistemas locales en Illinois, esta información se debe enviar anualmente a la Oficina del Fiscal General de Illinois.
3. Cada Sistema local en Wisconsin debe poder presentar lo siguiente cuando se solicite:
 - a. Solicitud del Programa de Ayuda Económica
 - b. Criterios de posible elegibilidad aceptados
 - c. Recuento de solicitudes presentadas (completas e incompletas)
 - d. Recuento de solicitudes aprobadas (incluyendo el número aprobado por medio de posible elegibilidad)
 - e. Recuento de solicitudes denegadas
 - f. Cantidad en dólares de ayuda económica entregada (desde el principio del año a la fecha)

Administración de la política

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



Hospital Sisters
HEALTH SYSTEM

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

ORIGINADOR:

Mark D. Evard

Vicepresidente, Administración del Ciclo de Ingresos

LÍDER RESPONSABLE:

Kimberly Hodgkinson

Director financiero

Aprobación administrativa:

Diamond Boatwright

Presidente y CEO

APÉNDICE A

NIVEL DE DESCUENTO

Descuento sin seguro: HSHS dará un descuento para personas sin seguro cuando se den los cargos sin descuento. Este descuento se aplicará a las cuentas de los pacientes sin cobertura de pago de seguro médico o de otros terceros pagadores. Los centros de Illinois HSHS y las clínicas médicas rurales ofrecerán un 72 % de descuento. Los centros de HSHS del Este de Wisconsin ofrecerán un 66 % de descuento. Los centros de HSHS del Oeste de Wisconsin ofrecerán un 57 % de descuento. HSHS Medical Group y Prairie Cardiovascular Consultants ofrecerán un descuento del 35 %.

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

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

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

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

DIRECTRICES FEDERALES DE POBREZA 2023

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

DIRETRICES DE POBREZA DE 2023 PARA LOS 48 ESTADOS CONTIGUOS Y EL DISTRITO DE COLUMBIA (en vigor a partir del 19 de enero de 2023)						
PERSONAS EN LA FAMILIA/GRUPO FAMILIAR	DIRECTRIZ DE POBREZA (100 %)	200 % de pobreza	300 % de pobreza	400 % de pobreza	500 % de pobreza	600 % de pobreza
1	\$14,580	\$29,160	\$43,740	\$58,320	\$72,900	\$87,480
2	\$19,720	\$39,440	\$59,160	\$78,880	\$98,600	\$118,320
3	\$24,860	\$49,720	\$74,580	\$99,440	\$124,300	\$149,160
4	\$30,000	\$60,000	\$90,000	\$120,000	\$150,000	\$180,000
5	\$35,140	\$70,280	\$105,420	\$140,560	\$175,700	\$210,840
6	\$40,280	\$80,560	\$120,840	\$161,120	\$201,400	\$241,680
7	\$45,420	\$90,840	\$136,260	\$181,680	\$227,100	\$272,520
8	\$50,560	\$101,120	\$151,680	\$202,240	\$252,800	\$303,360
Para familias/grupos familiares con más de 8 personas, agregue \$5,140 por cada persona más.						

APÉNDICE B

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

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

Wisconsin	Illinois
<p><u>Este de Wisconsin</u></p> <p>St. Mary's Hospital - Green Bay, WI St. Vincent Hospital - Green Bay, WI St. Nicholas Hospital - Sheboygan, WI St. Clare Hospital - Oconto Falls, WI</p> <p>Todas las solicitudes completadas del Este de Wisconsin junto con todos los archivos adjuntos se deben enviar a la siguiente dirección:</p> <p>Patient Financial Services Atención: Financial Assistance Program P.O. Box 13508 Green Bay, WI 54307</p> <p>Llamada sin costo: (800) 994-0368 Fax: (920) 431-3161</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 St. Anthony's Hospital - Effingham, IL St. Joseph's Hospital - Breese, IL Holy Family Hospital, Greenville, IL HSHS Medical Group Prairie Cardiovascular Consultants</p> <p>Todas las solicitudes completadas de Illinois junto con todos los archivos adjuntos se deben enviar a la siguiente dirección:</p> <p>Patient Financial Services Atención: Financial Assistance Program P.O. Box 13427 Springfield, IL 62791</p> <p>Llamada sin costo: (800) 994-0368 Email: ILSBO@hshs.org</p>
<p><u>Oeste de Wisconsin</u></p> <p>St. Joseph's Hospital - Chippewa Falls, WI Sacred Heart Hospital - Eau Claire, WI</p> <p>Todas las solicitudes completadas del Oeste de Wisconsin junto con todos los archivos adjuntos se deben enviar a la siguiente dirección:</p> <p>Patient Financial Services Atención: Financial Assistance Program 900 West Clairemont Avenue Eau Claire, WI 54701</p> <p>Llamada sin costo: (800) 994-0368 Fax: (715) 717-1896</p>	

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

ACCESO PÚBLICO A LA POLÍTICA

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

- Los pacientes y garantes pueden pedir copias de la Política de ayuda económica, la Política de facturación y cobranza, la Solicitud de ayuda económica o el Resumen en lenguaje simple por correo, por teléfono o conectándose a nuestro sitio web: www.hshs.org/fap.
- Los pacientes y garantes pueden pedir copias de la Política de ayuda económica, la Política de facturación y cobranza, la Solicitud de ayuda económica o el Resumen en lenguaje simple personalmente en cualquiera de los ministerios del sistema. Las solicitudes están disponibles en las áreas de acceso a pacientes, registro, admisión y Departamento de Emergencias, o pidiendo ayuda a un colega de HSHS. Los asesores económicos también están disponibles en cada uno de los siguientes lugares:

División de Illinois:

HSHS St. John's Hospital

800 E. Carpenter St.
Springfield, IL 62769
Teléfono: 217-544-6464
Lunes a viernes, 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

HSHS St. Francis Hospital

1215 Franciscan Drive
Litchfield, IL 62056
Teléfono: 217-324-2191
Lunes a viernes, 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

HSHS Medical Group

3051 Hollis Drive
Springfield, IL 62704
Teléfono: 217-321-9292
Lunes a viernes, 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

HSHS Good Shepherd Hospital

200 S. Cedar St.
Shelbyville, IL 62565
Teléfono: 217-774-3961
Lunes a viernes, 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

HSHS St. Mary's Hospital

1800 E. Lake Shore Drive
Decatur, IL 62521
Teléfono: 217-464-2966
Lunes a viernes, 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

Prairie Cardiovascular

619 E. Mason Street
Springfield, IL 62769
Teléfono: 217-788-0706
Lunes a viernes, 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

HSHS St. Elizabeth Hospital

1 St. Elizabeth's Blvd
O'Fallon, IL 62269
Teléfono: 618-234-2120
Lunes a viernes, 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

HSHS St. Joseph Hospital

12866 Troxler Avenue
Highland, IL 62249
Teléfono: 618-651-2600
Lunes a viernes, 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

HSHS St. Anthony Hospital

503 N. Maple Street
Effingham, IL 62401
Teléfono: 217-342-2121
Lunes a viernes, 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

HSHS St. Joseph's Hospital

9515 Holy Cross Lane
Breese, IL 62230
Teléfono: 618-526-4511
Lunes a viernes, 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

HSHS Holy Family Hospital

200 Healthcare Drive
Greenville, IL 62246
Teléfono: 618-664-1230
Lunes a viernes, 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

División del Este de Wisconsin:

HSHS St. Vincent Hospital

835 S. VanBuren St.
Green Bay, WI 54301
Teléfono: 920-433-0111
Lunes a viernes, 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

HSHS St. Nicholas Hospital

3100 Superior Ave.
Sheboygan, WI 53081
Teléfono: 920-459-8300
Lunes a viernes, 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

HSHS St. Mary's Hospital

1726 Shawano Ave.
Green Bay, WI 54303
Teléfono: 920-498-4200
Lunes a viernes, 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

HSHS St. Clare Memorial Hospital

855 S. Main St.
Oconto Falls, WI 54154
Teléfono: 920-846-3444
Lunes a viernes, 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

División del Oeste de Wisconsin:

HSHS St. Joseph's Hospital

2661 County Highway I
Chippewa Falls, WI 54729
Teléfono: 715-723-1811
Lunes a viernes, 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

HSHS Sacred Heart Hospital

900 W Clairemont Ave
Eau Claire, WI 54701
Teléfono: 715-717-4121
Lunes a viernes, 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

Nota: Un asesor económico de HSHS del Oeste de Wisconsin está en el lugar en Sacred Heart durante el horario de atención habitual, el personal de St. Joseph conecta a los pacientes que tienen preguntas con el asesor económico por teléfono.

APÉNDICE C
Proveedores y departamentos cubiertos

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

APÉNDICE D

CANTIDADES GENERALMENTE FACTURADAS (AGB)

La cantidad generalmente facturada es el pago esperado por los servicios de emergencia o médicamente necesarios de los pacientes o el garante del paciente. Para los pacientes sin seguro que califiquen, esta cantidad no excederá una tarifa que se determinará usando un método Look Back descrito en §1.50@-5(b) (3) del Código del Servicio de Impuestos Internos. El método Look Back estará basado en el pago por servicio de Medicare junto con todas las aseguradoras médicas privadas que pagan los reclamos. Los reclamos que se incluirán en el cálculo de AGB serán reclamos permitidos durante el período anterior del año calendario de doce meses. El numerador estará compuesto por todos los reclamos permitidos de los reclamos de pago por servicio de Medicare y todos los seguros médicos privados que pagan reclamos, incluyendo las cantidades de coseguro, copagos y deducibles. Los cargos brutos por dichos reclamos se incluirán en el denominador. La AGB se calcula con una frecuencia no menor a la anual y está disponible cuando se solicite por cada ministerio local u Oficina de Facturación Única (DBO) de HSHS y públicamente en el sitio web en www.hshs.org/fap. La información de contacto de cada ministerio local u oficina comercial divisional está en esta política, Apéndice B.