



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 de facturación y cobros | DEPARTAMENTO ORIGEN: Manejo del Ciclo de Ingresos |
| FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 20 de abril de 2023 | FECHAS DE REVISIÓN: 6/23/2023 |
| SUSTITUYE: 12/14/20, 6/25/20, 10/1/17 | |
| <small>* Según lo exige la Reglamentación CMS §482.12 A-0043 condiciones de participación: Órgano rector, estos 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).</small> | |

I. POLÍTICA

El objetivo de esta política es dar directrices claras y coherentes para desempeñar las funciones de facturación, cobro y recuperación de manera que promueva el cumplimiento de la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos (IRC) y las leyes y reglamentaciones de cobro aplicables, la satisfacción del paciente y la eficiencia.

II. PROPÓSITO:

Esta Política describe las circunstancias bajo las que Hospital Sisters Health System (HSHS) emprenderá acciones de cobro para cuentas morosas de pacientes relacionadas con la prestación de atención médica de emergencia y atención médicamente necesaria (en este documento se llaman servicios) e identifica las actividades de cobro permitidas. Esta Política describe las medidas que HSHS puede tomar para obtener el pago de una factura por servicios médicos en caso de falta de pago, incluyendo, entre otras, cualquier acción de cobro permitida.

Después de que los pacientes de HSHS han recibido servicios, HSHS factura a los pacientes/garantes y pagadores correspondientes de manera precisa y oportuna. Durante este proceso de facturación y cobro, el personal prestará servicio de calidad al cliente y un seguimiento oportuno y todas las cuentas pendientes se administrarán de acuerdo con todas las leyes y reglamentaciones aplicables. Además, los valores de HSHS exigen que todas las personas reciban un trato respetuoso, atento, competente y amable. HSHS ha definido ciertas acciones de cobro que entran en conflicto con los valores organizacionales de HSHS y ha prohibido su uso en cualquier momento.

III. ALCANCE

Esta política se aplica a todos los hospitales*, organizaciones de médicos y entidades operativas de HSHS, incluyendo sus empleados, agentes y personal médico y los médicos empleados de un grupo de médicos de HSHS.

IV. PRINCIPIOS

Usando estados de cuenta de facturación, correspondencia por escrito y llamadas telefónicas, HSHS hará esfuerzos diligentes por informar a los pacientes/garantes sobre sus responsabilidades económicas y las opciones de ayuda económica disponibles y hará un seguimiento con los pacientes/garantes sobre las cuentas pendientes. Como proveedores de atención médica católicos, HSHS es llamado a cubrir las necesidades de los pacientes y otros que buscan atención, sin importar sus capacidades económicas para pagar los servicios prestados.

Por último, HSHS está designado como organización benéfica (es decir, exenta de impuestos) según la Sección 501(c)(3) del IRC. Según la Sección 501(r) del IRC, entre otras cosas, para seguir estando exenta de impuestos, HSHS debe hacer lo siguiente con respecto a los pacientes que reciben servicios en cualquier centro hospitalario:

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

- Limitar las cantidades que se cobran por servicios a las personas elegibles para ayuda económica a no más de las cantidades generalmente facturadas (AGB) a personas que tienen seguros que cubren dicha atención;
- Facturar menos que los gastos brutos a las personas elegibles para ayuda económica por el resto de la atención médica; y
- No iniciar acciones de cobro extraordinarias antes de que HSHS haya hecho esfuerzos razonables por determinar si la persona es elegible para recibir ayuda según la Política de ayuda económica de HSHS.

V. DEFINICIONES

Cantidades generalmente facturadas (AGB) es el pago por los servicios de emergencia o médicamente necesarios que se espera que hagan los pacientes o su garante. Para los pacientes sin seguro que califiquen, esta cantidad no debe exceder 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 se basa 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 pida en cada ministerio local u Oficina Única de Facturación (Single Billing Office) de HSHS y públicamente en el sitio web en www.hshs.org/fap.

Período de solicitud es el período en 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 prestó la atención y termina en la fecha que ocurra después entre el día 240 después de la fecha en que se presenta el primer estado de cuenta después del alta por la atención: (i) la fecha especificada en un aviso por escrito de HSHS sobre su intención de iniciar ECA; o (ii) en el caso de un paciente que se consideró posiblemente elegible para recibir ayuda económica de menos del 100 %, el final del plazo razonable para solicitar ayuda económica según se describe en la Sección VI de la Política de ayuda económica.

Deuda incobrable - obligación de pago por cuenta propia de un paciente que el paciente no paga durante más de 120 días después de que HSHS ha establecido la responsabilidad económica y se ha enviado el primer estado de cuenta después del alta del paciente o al garante del paciente o que no se haga según un plan de pago acordado.

Colega o delegado significa empleados o contratistas de HSHS que ayudan a los pacientes en el proceso de solicitud de ayuda económica según el Programa de ayuda económica (Financial Assistance Program).

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 como respuesta a circunstancias potencialmente mortales en un entorno que no es una sala de emergencias; 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.

Acciones de cobro extraordinarias o “ECA”: para los fines de esta política del Programa de ayuda económica, ECA son las actividades identificadas según los requisitos de la Sección 501(r) del Código, que pueden incluir:

1. Vender la deuda de una persona a otra parte, a menos que el comprador esté sujeto a ciertas restricciones según lo dispuesto en los Requisitos de la Sección 501(r) del Código.
2. Reportar 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.

ECA no incluyen ningún derecho de retención al que un centro hospitalario tenga derecho a hacer valer según la ley estatal sobre el producto de una sentencia, acuerdo o compromiso adeudado a una persona (o a su representante) debido a lesiones personales por las que el centro prestó atención.

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

Familia es, según la Oficina del Censo, 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.

Ayuda económica se refiere a la ayuda que reciben los pacientes para los que sería una dificultad económica pagar el total de los gastos de bolsillo esperados por servicios prestados en un centro hospitalario y que cumplen los criterios de elegibilidad para dicha ayuda. La ayuda económica se ofrece a los pacientes asegurados en la medida permitida según el contrato de la aseguradora del paciente.

Política de ayuda económica (FAP) significa la ayuda económica de HSHS que describe el programa de ayuda económica de HSHS, incluyendo los criterios que los pacientes/garantes deben cumplir para ser elegibles para recibir la ayuda económica y el proceso por el que las personas pueden solicitar dicha ayuda.

Garante significa una persona, que puede ser o no el paciente, que es responsable de pagar la factura del paciente. El garante puede ser el paciente, uno de sus padres, el tutor u otra persona obligada por ley a pagar el saldo de la cuenta. Cualquier referencia al "paciente" en esta póliza se refiere al paciente o al garante.

Centro hospitalario (o centro) significa un centro de atención médica que el estado exige que esté autorizado, registrado o de manera similar reconocido como hospital y que es operado por HSHS. En referencia a la ejecución de las actividades de facturación y cobro, el término "centro hospitalario" también puede incluir a un proveedor designado.

Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act (Ley de descuento para pacientes sin seguro en hospitales de Illinois) - ley de Illinois según la que los hospitales de Illinois deben darles 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.

Acuerdo de propiedad matrimonial es un acuerdo formal que los cónyuges firman para clasificar el interés de propiedad de cualquier bien. Los cónyuges también pueden especificar qué pasa con el bien en caso de divorcio o muerte. Un acuerdo de propiedad matrimonial es como un plan patrimonial y le da al tribunal una guía para dividir los bienes.

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 como respuesta a circunstancias potencialmente mortales en un entorno que no es una sala de emergencias y servicios médicamente necesarios, evaluados caso por caso a discreción de HSHS.

Período de aviso significa el período de 120 días que comienza en la fecha que el centro hospitalario entrega el primer estado de cuenta de facturación después del alta por servicios. Un centro debe abstenerse de iniciar ECA durante el período de aviso, a menos que se hayan hecho esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para recibir ayuda económica.

Posible elegibilidad: en ciertas circunstancias, se puede suponer o considerar que los pacientes sin seguro son elegibles para recibir ayuda económica basándose en su inscripción en otros programas con verificación de recursos u otras fuentes de información no dadas directamente por el paciente, para hacer una evaluación individual de la necesidad económica.

Suspender ECA cuando se presenta una solicitud de ayuda económica (FAA) significa que un centro (u otra parte autorizada) no inicia ECA, ni toma otras acciones sobre ECA iniciadas antes, para obtener el pago por los servicios hasta que:

- El centro haya determinado si la persona es elegible para recibir ayuda económica basándose en una solicitud completa de ayuda económica y haya cumplido el requisito de esfuerzos razonables, como aquí se define, con respecto a una FAA completada; o

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

- En el caso de una FAA incompleta, la persona no haya respondido a las solicitudes de presentar más información o documentación en el plazo de un periodo razonable (treinta (30) días) que se ha dado para responder a dichas solicitudes.

Sin seguro significa una persona que no tiene cobertura de terceros de una aseguradora comercial, un plan de ERISA, un Programa federal de atención médica (Federal Health Care Program), (incluyendo entre otros, Medicare, Medicaid, SCHIP y CHAMPUS), compensación de los trabajadores u otra ayuda de terceros para ayudar a cumplir sus obligaciones de pago.

Seguro insuficiente significa una persona con cobertura de seguro privado o público para la que sería una dificultad económica pagar el total de los gastos de bolsillo esperados por servicios prestados cubiertos por esta Política.

VI. PRÁCTICAS DE FACTURACIÓN

HSHS seguirá procedimientos estándar en el cobro de cuentas relacionadas con servicios prestados en el centro hospitalario HSHS de la siguiente manera:

A. Facturación a seguros

- Para todos los pacientes asegurados, HSHS facturará a los pagadores terceros correspondientes (basándose en la información dada o verificada por el paciente/garante o debidamente verificada de otras fuentes) de manera oportuna.
- Si un reclamo válido es denegado (o no es procesado) por el pagador debido a un error de HSHS, HSHS no facturará al paciente ninguna cantidad que exceda la que el paciente habría tenido que pagar si el pagador hubiera pagado el reclamo.
- Si un reclamo válido es denegado (o no es procesado) por el pagador debido a factores fuera del control de HSHS, los colegas harán un seguimiento con el pagador y el paciente según corresponda para facilitar la resolución del reclamo. Si no hay una resolución después de hacer esfuerzos de seguimiento razonables, HSHS puede facturarle al paciente o tomar otras medidas congruentes con los contratos con el pagador.

B. Facturación al paciente

- A todos los pacientes/garantes se les facturará directa y oportunamente y recibirán un estado de cuenta como parte del proceso de facturación normal de HSHS.
- Para los pacientes asegurados, después de que los reclamos han sido procesados por todos los pagadores terceros disponibles, HSHS facturará a los pacientes/garantes de manera oportuna por las cantidades respectivas según lo determinado por los beneficios de sus seguros.
- Todos los pacientes/garantes pueden pedir en cualquier momento y HSHS les dará un estado de cuenta detallado de sus cuentas.
- Si un paciente disputa su cuenta y pide documentación sobre la factura, el colega le dará la documentación solicitada por escrito en el plazo de diez (10) días (si es posible) y retendrá la cuenta durante al menos treinta (30) días antes de remitirla para cobro.
- HSHS deberá aprobar los planes de pago para los pacientes/garantes que digan que pueden tener dificultad para pagar su saldo en un solo pago.
- El director del Ciclo de Ingresos tiene la autoridad para hacer excepciones a esta disposición caso por caso para circunstancias especiales (de acuerdo con los procedimientos operativos).
- HSHS no tiene obligación de aceptar los arreglos de pago iniciados por los pacientes y puede remitir las cuentas a una agencia de cobros externa según se describe abajo si el paciente no cumple un plan de pago establecido.

C. Planes de pago: Los pacientes o sus garantes, también recibirán información de los planes de pago. En caso

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

de pacientes que no puedan pagar el saldo adeudado en un plazo de treinta (30) días, los planes de pago sin intereses se pueden extender hasta doce (12) meses basándose en el saldo de la cuenta. Los arreglos para dichos planes de pago se deben hacer con Servicio al Cliente de HSHS. Si el paciente o el garante del paciente no hace arreglos de pago o si el paciente o el garante del paciente no cumple los acuerdos de pago, la cuenta podría remitirse a una agencia externa de cobro.

- Los planes de pago están disponibles para los pacientes o sus garantes que califican para recibir una ayuda económica menor al 100 %, pero que no pueden pagar el saldo en su totalidad. Estos planes de pago estarán sujetos a las mismas normas que aplican a los pacientes o garantes que no califican para ninguna ayuda económica.
- Si el saldo de la cuenta es menor que \$250.00, se pueden ofrecer planes de pago hasta de 4 meses.
- Si el saldo de la cuenta es de \$250.00 - \$499.99, se pueden ofrecer planes de pago hasta de 6 meses.
- Si el saldo de la cuenta es de \$500.00 - \$999.99, se pueden ofrecer planes de pago hasta de 10 meses.
- Si el saldo de la cuenta es mayor que \$1,000.00, se pueden ofrecer planes de pago hasta de 12 meses.
- Si una cuenta no se puede pagar en los plazos establecidos, se puede remitir al paciente a Commerce Bank para acordar un plan de pago extendido.
- Si un paciente de HSHS con un plan de pago existente vuelve a recibir servicios en HSHS y acumula más saldos de pago por cuenta propia, se puede modificar el plan de pago actual del paciente o del garante del paciente para incluir los cargos adicionales.

D. Planes de pago extendidos: los pacientes o sus garantes que necesitan financiamiento más allá del plan de pago interno permitido se remitirán a Commerce Bank. Todos los pacientes y sus garantes calificarán automáticamente para el financiamiento ampliado gracias a nuestra alianza con Commerce Bank. Commerce Bank ofrece financiamiento sin intereses hasta de 60 meses/5 años, dependiendo del saldo del paciente.

E. Prácticas de cobro

- Todas las actividades de cobro conducidas por HSHS, un proveedor designado o sus agentes de cobro externos serán de acuerdo con todas las leyes federales y estatales que regulan las prácticas de cobro de deudas.
- Todos los pacientes/garantes tendrán la oportunidad de comunicarse con HSHS sobre la ayuda económica, opciones de planes de pago y otros programas aplicables que puedan estar disponibles para sus cuentas, según la Sección VI, sección C.
 - FAP de HSHS no tiene costo.
 - Las personas que tengan preguntas sobre FAP de HSHS pueden comunicarse con la Oficina de Orientación Económica (financial counseling office) por teléfono, correo electrónico o en persona.
- Para cumplir las leyes estatales y federales relevantes y según las disposiciones descritas en esta Política, HSHS puede iniciar actividades de cobro, incluyendo ECA permitidas, para cobrar saldos pendientes de los pacientes.
 - Las actividades de cobro generales pueden incluir llamadas telefónicas, estados de cuenta y otros esfuerzos razonables de acuerdo con las prácticas estándar de la industria.
 - Los saldos de los pacientes se pueden remitir a un tercero para cobro a discreción de HSHS y en cumplimiento de todas las prácticas no discriminatorias federales, estatales y locales. HSHS seguirá siendo el propietario de las deudas remitidas a las agencias de cobro y las cuentas de los pacientes se remitirán para cobro solo con las siguientes salvedades:
 - Hay una base razonable para creer que el paciente es el dueño de la deuda.
 - Todos los terceros pagadores identificados por el paciente/garante de manera rápida y oportuna han sido facturados correctamente y la deuda restante es responsabilidad del paciente. HSHS no facturará al paciente por ninguna cantidad que la compañía aseguradora o un tercero tengan obligación de pagar.
 - HSHS no remitirá cuentas para cobro mientras un reclamo en la cuenta esté pendiente de pago por un tercero pagador. Sin embargo, los reclamos que sigan

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

en estado “pendiente” con un tercero pagador por un plazo de tiempo no razonable a pesar de los esfuerzos por facilitar la resolución se pueden reclasificar como “denegados”.

- HSHS no remitirá las cuentas para cobro cuando el reclamo al seguro haya sido denegado por un error de HSHS. Sin embargo, HSHS sí puede remitir para cobro la parte que es responsabilidad del paciente de dichos reclamos si aún no está pagada.
- HSHS no remitirá cuentas para cobro cuando el paciente ha solicitado inicialmente ayuda económica y HSHS no ha hecho esfuerzos razonables (como se define abajo) con respecto a la cuenta.
- Cuando reciba un aviso de descarga por bancarrota, HSHS cesará todos los intentos de cobro, incluyendo la asignación a una agencia de cobros. No nos comunicaremos con el paciente/deudor por ningún método, incluyendo llamadas telefónicas, cartas ni estados de cuenta después de recibir el aviso. Toda la comunicación, si es necesaria, debe ocurrir con el fiduciario o el abogado asignado al caso.
- HSHS no permite el uso de lenguaje ni conductas de cobro hostigadoras, abusivas, opresivas, falsas o engañosas de sus abogados o agencias de cobro de deudas o sus agentes y empleados, ni de sus colegas encargados del cobro de facturas médicas a los pacientes.

VII. ESFUERZOS RAZONABLES Y ACCIONES DE COBRO EXTRAORDINARIAS

Antes de iniciar las ECA para obtener el pago de los servicios, HSHS debe hacer esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible para recibir ayuda económica. En ningún caso se iniciará una ECA antes de 120 días (o más, si lo exige la ley vigente) desde la fecha en que HSHS entregue el primer estado de cuenta de facturación después del alta (es decir, durante el período de aviso) a menos que se hayan hecho todos los esfuerzos razonables. Los siguientes escenarios describen los esfuerzos razonables que HSHS debe hacer antes de iniciar cualquier ECA.

A. Iniciar ECA – Requisito de aviso

- Con respecto a los servicios prestados por HSHS, se debe avisar a los pacientes de FAP como se describe aquí, antes de iniciar una ECA. El requisito de aviso es el siguiente:
 - **Aviso por escrito**
 - El estado de cuenta del paciente debe incluir un aviso por escrito visible que notifique e informe al paciente o garante sobre la disponibilidad de ayuda económica según FAP, incluyendo el teléfono del departamento y la dirección del sitio web directo donde se pueden obtener copias de los documentos, incluyendo FAA.
 - Debe incluir un resumen en lenguaje simple de FAP.
 - Debe identificar las ECA que el centro hospitalario (u otra parte autorizada) pretende iniciar para obtener el pago por los servicios si no se paga la cantidad a pagar o no se presenta una solicitud de ayuda económica antes de una fecha límite especificada, que no será anterior al último día del período de solicitud.
 - **Aviso en el caso de múltiples episodios de atención:** HSHS puede cumplir este requisito de aviso simultáneamente para varios episodios de atención y avisar a la persona sobre las ECA que HSHS pretende iniciar para obtener el pago de múltiples facturas por servicios pendientes. Sin embargo, si HSHS agrupa las facturas pendientes de una persona para múltiples episodios de servicios antes de iniciar una o más ECA para obtener el pago de esas facturas, no habrá hecho esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para FAP a menos que se abstenga de iniciar las ECA hasta 120 días después del primer estado de cuenta de facturación después del alta para el episodio de atención más reciente incluido en el grupo de facturas.

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

B. Esfuerzos razonables cuando un paciente presenta una solicitud de ayuda económica (FAA) incompleta

- HSHS suspenderá cualquier ECA que haya iniciado contra el paciente/garante hasta que se determine la elegibilidad para recibir ayuda económica.
- HSHS le dará al paciente un aviso por escrito con una lista de los documentos necesarios que el paciente o el garante deben presentar para que FAA se considere completa y le dará al paciente treinta (30) días para entregarlos. El aviso incluirá la información de contacto, incluyendo el teléfono y la ubicación física del centro o departamento del centro que puede dar información y ayudar a con la preparación de la FAP.

C. Esfuerzos razonables cuando se presenta FAA completada

- Si un paciente presenta FAA completada durante el período de solicitud, HSHS debe:
 - Suspender cualquier ECA para obtener el pago por los servicios.
 - Decidir si la persona es elegible según FAP para los servicios y avisarle por escrito de esta determinación de elegibilidad (incluyendo, si corresponde, la ayuda para la que es elegible) y la base para esta determinación.
 - Si HSHS determina que la persona es elegible según FAP para los servicios, HSHS debe hacer lo siguiente:
 - La solicitud de ayuda económica se aplicará a las cuentas actuales y a las cuentas de los 240 días antes de la fecha de recepción del primer estado de cuenta del paciente. Si se han hecho pagos personales durante este tiempo y si la cantidad de caridad recibida crearía un saldo a favor, se extenderá un reembolso.
 - Tomar todas las medidas razonablemente disponibles para revertir cualquier ECA, incluyendo eliminar cualquier información adversa que se haya reportado a una agencia de informes de crédito del consumidor u oficina de créditos del reporte crediticio de la persona.
 - Si HSHS determina que la persona no es elegible según FAP para los servicios, HSHS habrá hecho esfuerzos razonables y puede iniciar las ECA permitidas.

D. Acciones de cobro extraordinarias permitidas

- Después de hacer esfuerzos razonables, que incluyen el requisito de aviso, para determinar la elegibilidad para la ayuda económica como se describe arriba, HSHS (u otra parte autorizada) puede iniciar las siguientes ECA para obtener el pago por los servicios:
 - Venderle la deuda de una persona a un tercero excepto por lo expresamente estipulado por la ley federal; y
 - Reportar información adversa de la persona a las oficinas de información de crédito del consumidor.

HSHS se abstendrá de iniciar las ECA contra un paciente si el paciente presenta documentación de que solicitó cobertura de atención médica bajo Medicaid, u otros programas de atención médica con patrocinio público, a menos que o hasta que se determine la elegibilidad de la persona para dichos programas y se haya facturado y procesado cualquier cobertura de terceros disponible para los servicios.

E. Esfuerzos razonables — Acuerdos de terceros

- Con respecto a cualquier venta o remisión de la deuda por servicios de una persona a un tercero (excepto para las ventas de deudas que no se consideran ECA según se describe en las Reglamentaciones del Tesoro del Servicio de Impuestos Internos) HSHS celebrará y, en la medida aplicable, hará cumplir un acuerdo legalmente vinculante por escrito con la parte. Para cumplir el requisito de hacer esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de una persona según FAP, estos acuerdos deben, como mínimo, incluir las siguientes disposiciones:
 - Si la persona presenta FAA (ya sea completa o incompleta) después de la remisión o venta de la deuda, pero antes de que termine el período de solicitud, la parte suspenderá las ECA para obtener el pago por los servicios.

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

- Si la persona presenta FAA (ya sea completa o incompleta) después de la remisión o venta de la deuda, pero antes de que termine el período de solicitud y se determina que es elegible según FAP para los servicios, la parte hará esto de manera oportuna:
 - Observar los procedimientos especificados en el acuerdo y esta Política para que la persona no pague y no tenga obligación de pagar a la parte y a HSHS juntos más de lo que tiene que pagar por los servicios como persona elegible según FAP.
 - Si corresponde y si el tercero (y no HSHS) tiene la autoridad para hacerlo, tomar todas las medidas razonablemente disponibles para revertir cualquier ECA (aparte de la venta de una deuda) iniciada contra la persona.
- Si el contratista tercero remite o vende la deuda a una parte subsecuente (la cuarta parte) durante el período de solicitud, el tercero obtendrá un acuerdo por escrito de esa parte subsecuente que incluya todos los elementos descritos en esta sección.
- El contratista tercero debe hacer intentos razonables para trabajar con un paciente con facturas sin pagar para resolver su cuenta. Las prácticas de cobro agresivas y no éticas no se toleran.

F. Esfuerzos razonables – Presentación de documentos electrónicos

- HSHS puede dar electrónicamente cualquier aviso o comunicación por escrito descrita aquí (por ejemplo, por correo electrónico) a cualquier persona que indique que prefiere recibirlos electrónicamente.

G. Embargos sobre los bienes de los pacientes fallecidos

- Pacientes fallecidos sin cónyuge sobreviviente: HSHS puede imponer un gravamen sobre el patrimonio de un paciente fallecido, si ese paciente no tiene cónyuge sobreviviente.
- Pacientes fallecidos con cónyuge sobreviviente: Se supone que el cónyuge sobreviviente de un paciente fallecido con facturas pendientes de HSHS es responsable del pago de dichas obligaciones, siempre que HSHS no haya recibido un acuerdo de propiedad matrimonial del paciente donde renuncie a la propiedad matrimonial antes de la prestación de los servicios.

VIII. DOCUMENTOS PARA AYUDA ECONÓMICA

A. Solicitudes de procesamiento

- Los valores de HSHS de respeto, atención, competencia y amabilidad deben verse reflejados en el proceso de solicitud, la determinación de la necesidad económica y la concesión de la ayuda.
- Las solicitudes de ayuda económica se deben procesar de inmediato y HSHS avisará al paciente o solicitante por escrito en el plazo de treinta (30) a sesenta (60) días después de recibir una solicitud completada.
- HSHS no decidirá la elegibilidad basándose en información que tenga motivos para creer que es falsa o poco fiable o que se obtuvo mediante el uso de prácticas coercitivas.
- Si la elegibilidad es aprobada según la finalización de una FAA, el paciente recibirá la ayuda económica para todas las cuentas elegibles acumuladas por servicios recibidos 240 días antes de la fecha de determinación y prospectivamente por un período de seis (6) meses a partir de la fecha de determinación.
- Si la elegibilidad es aprobada según criterios de posible elegibilidad, la ayuda económica también se aplicará a todas las cuentas elegibles acumuladas por servicios recibidos 240 días antes de la fecha de determinación. La persona posiblemente elegible no recibirá ayuda económica por los servicios prestados después de la fecha de determinación si no completa una FAA o una nueva determinación de posible elegibilidad.
- Si le niegan la elegibilidad para la ayuda económica que ofrece HSHS, un paciente o garante puede volver a presentar una solicitud cuando haya un cambio material en los ingresos o su situación.
- Los pacientes/garantes pueden pedir una revisión a HSHS en caso de disputa por una solicitud de esta Política o FAP. Los pacientes/garantes a los que les niegan la ayuda económica también pueden apelar su determinación de elegibilidad.
- La base de la disputa o apelación se debe hacer por escrito y se debe enviar en el plazo de catorce (14) días después de la decisión de la elegibilidad de ayuda económica.



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

- HSHS pospondrá cualquier determinación de elegibilidad de FAP si HSHS está esperando los resultados de una solicitud de Medicaid.

B. Posible ayuda económica

- No se necesitan esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad según FAP cuando se determina que una persona es elegible para posible ayuda económica.
- **Medicaid** – Los pacientes de Medicaid que reciben servicios médicamente necesarios que no están cubiertos se considerarán para la posible ayuda económica. La ayuda económica se puede aprobar en casos antes de la fecha de entrada en vigor de Medicaid.

IX. RESPONSABILIDAD

La Administración del Ciclo de Ingresos de HSHS es responsable en última instancia de determinar si HSHS ha hecho esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible para recibir ayuda económica. Este organismo también tiene la autoridad final para decidir si la organización hospitalaria puede proceder con cualquier ECA descrita en esta Política.

ORIGEN: _____ *Mark D. Evard*
vicepresidente, Administración del Ciclo de Ingresos

APROBACIÓN ADMINISTRATIVA: _____ *Dannd Boating*
presidente y CEO

APÉNDICE A
NIVEL DE DESCUENTO
(Vigencia: enero de 2023)

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 HSHS de Illinois ofrecerán los siguientes descuentos a los pacientes sin seguro.

El Ministerio de Illinois ofrecerá el 72 % de descuento.

Los centros de HSHS de Wisconsin ofrecerán los siguientes descuentos a los pacientes sin seguro:

El Ministerio del Este de Wisconsin ofrecerá el 66 % de descuento.

El Ministerio del Oeste de Wisconsin ofrecerá el 57 % de descuento.

HSHS Medical Group ofrecerá los siguientes descuentos a los pacientes sin seguro:

HSHS Medical Group ofrecerá 35 % de descuento

APÉNDICE B
ACCESO PÚBLICO A LA POLÍTICA

La información de la Política de facturación y cobro de Hospital Sisters Health System y la Política del programa de ayuda económica de Hospital Sisters Health System están disponibles para los pacientes y las comunidades que atiende HSHS por medio de diversas fuentes.

1. Los pacientes y garantes pueden pedir copias de la Política de facturación y cobro u otras Políticas de servicios financieros para pacientes por correo o por teléfono usando la información de contacto que se menciona abajo.

| 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>Toda la correspondencia de Eastern Wisconsin se debe enviar a esta dirección:</p> <p>Patient Financial Services Attention: Financial Assistance Program PO 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</p> <p>Toda la correspondencia de Illinois se debe enviar a esta dirección:</p> <p>Patient Financial Services Attention: Financial Assistance Program PO Box 13427 Springfield, IL 62791</p> <p>Llamada sin costo – (800) 994-0368 Correo electrónico – hshscharityservice@ensemble.com</p> |
| <p><u>Oeste de Wisconsin</u></p> <p>St. Joseph's Hospital - Chippewa Falls, WI Sacred Heart Hospital - Eau Claire, WI</p> <p>Toda la correspondencia del Oeste de Wisconsin se debe enviar a esta dirección:</p> <p>Patient Financial Services Attention: Financial Assistance Program 900 West Clairemont Avenue Eau Claire, WI 54701</p> <p>Llamada sin costo – (800) 994-0368 Fax – (715) 717-4032</p> | |

2. Los pacientes y garantes pueden conectarse al sitio web de nuestro sistema (www.hshs.org/fap) o los sitios web del hospital para obtener más información sobre esta y otras Políticas de servicios financieros para pacientes:

División del Este de Wisconsin

- HSHS St. Mary's Hospital Medical Center:
<https://stmgb.org/Patients-Guests/Patient-Financial-Services/Financial-Assistance-Community-Care-Program.aspx>
- HSHS St. Vincent Hospital
<https://www.stvincenthospital.org/Patients-Guests/Patient-Financial-Services/Financial-Assistance-Community-Care-Program.aspx>
- HSHS St. Clare Hospital
<https://www.stclarememorial.org/Patients-Guests/Patient-Financial-Services/Financial-Assistance-Community-Care-Program.aspx>
- HSHS St. Nicholas Hospital
<https://www.stnicholashospital.org/Patients-Guests/Patient-Financial-Services/Financial-Assistance-Community-Care-Program/>

División del Oeste de Wisconsin

- HSHS Sacred Heart Hospital
<https://www.sacredhearteauclaire.org/Hospital-Information/About/Community-Care-Program>
- HSHS St. Joseph's Hospital <http://www.stjoeschipfalls.org/Patients-Guests/Financial-Assistance>

División Central de Illinois

- HSHS Good Shepherd Hospital
<https://hshsgoodshepherd.org/Patients-and-Guests/Patient-Financial-Services/Financial-Assistance>
- HSHS St. Francis Hospital
<http://www.stfrancis-litchfield.org/Patient-Guest/Patient-Financial-Services/Financial-Assistance.aspx>
- HSHS St. John's Hospital
<https://www.st-johns.org/Patients-Guests/Patient-Financial-Services/Financial-Assistance.aspx>
- HSHS St. Mary's Hospital
<https://www.stmarysdecatur.com/Patient-Guest/Patient-Financial-Services/Financial-Assistance.aspx>

División del Sur de Illinois

- HSHS Holy Family Hospital
<http://www.hshsholyfamily.org/Patient-Guest/Financial-Assistance>
- HSHS St. Anthony's Hospital
<https://www.stanthonyshospital.org/Patient-Guest/Financial-Assistance>
- HSHS St. Elizabeth's Hospital
<http://www.steliz.org/Patient-Guest/Financial-Assistance>
- HSHS St. Joseph's Hospital – Breese
<http://www.stjoebreese.com/Patient-Guest/Financial-Assistance>

- HSHS St. Joseph's Hospital – Highland
<http://www.stjosephshighland.org/Patient-Guest/Financial-Assistance>

3. Los pacientes y garantes pueden pedir copias de la Política de facturación y cobro en persona en cualquiera de los departamentos del sistema. Las solicitudes están disponibles en las áreas de acceso a pacientes, registro, admisión y urgencias o pidiendo ayuda a un colega de HSHS.