



**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
<b>TÍTULO:</b> Política del Programa de Ayuda Económica	<b>DEPARTAMENTO DONDE SE ORIGINA:</b> <b>Servicios Fiscales</b>
<b>FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:</b> <b>12 de diciembre de 2023</b>	<b>FECHAS DE REVISIÓN:</b> 12/14/21, 08/13/21, 4/13/21, 2/1/21, 12/12/2022, 1/22/24, 1/15/2025
<b>SUSTITUYE A:</b> #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: Órgano 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) HME Home Medical, (6) Libertas Treatment Center – Green Bay and Marinette, (7) 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 la comunicación con las personas de las comunidades a las que atendemos para darles atención médica, incluyendo personas y familias con limitaciones económicas. Estamos comprometidos con dar ayuda económica a las personas que tengan necesidades de atención médica y estén sin seguro, tengan cobertura de seguro insuficiente, que no sean elegibles para los programas del gobierno o que, por algún otro motivo, no puedan pagar la atención de emergencia u otra atención médica necesaria basándose en su situación económica individual.

El Programa de Ayuda Económica (Financial Assistance Program) 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 basándose en su capacidad individual de pago. HSHS estableció las disposiciones de esta política del Programa de Ayuda Económica para administrar los recursos económicos 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 para dicha ayuda para los pacientes que cumplan los criterios de elegibilidad establecidos. Esta política no ofrece una disposición para ayudar a los pacientes que tengan medios suficientes y se nieguen a pagar los servicios médicos que se les presten 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 de pago. 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 cobro. Toda información que recopile HSHS durante este proceso estará 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 la Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act (Ley de descuentos para pacientes sin seguro de hospitales de Illinois) y la sección 501(r) del Código de Impuestos Internos (Internal Revenue Code) de 1986, con sus modificaciones, y las reglamentaciones correspondientes.



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

**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 ahorro, autos, derechos mineros, acciones, fondos mutuos, líneas de crédito y cualquier otra inversión; siempre que, sin embargo, esos “ingresos”, 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 dé la atención y finaliza en la fecha que llegue después entre el día 240 después de la fecha en que se dé el primer estado de cuenta después del alta por la atención médica o: (i) en la fecha que se especifique en un aviso por escrito de HSHS sobre a la intención de iniciar ECA; o (ii) en el caso de un paciente al que se consideró como posiblemente elegible para la ayuda económica por debajo del 100 %, el final del tiempo razonable para enviar una solicitud de 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 económicos.
- E. **Colega o delegado:** los empleados o contratistas de HSHS que ayudarán a los pacientes con el proceso para enviar una solicitud de 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 información negativa sobre la persona a agencias de reportes 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 (Census Bureau) 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



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

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 dinero en efectivo de todas las fuentes, antes de impuestos, menos los pagos hechos para la manutención de menores, incluyendo, entre otros: sueldos y salarios antes de deducciones, propinas, ingresos netos de los ingresos de los trabajadores autónomos no agrícolas, ingresos netos de los trabajadores autónomos agrícolas, los pagos del Seguro Social, jubilación ferroviaria, subsidio de desempleo, beneficios de compensación de los trabajadores, pagos de los veteranos, pagos de la asistencia pública, Seguridad de Ingreso Suplementario, Ingreso por Discapacidad del Seguro Social, pensión alimenticia, asignaciones militares, pensiones privadas, pensiones del gobierno, pagos de renta vitalicia, subsidios, subespecialidades, dividendos, intereses, ingresos netos de alquileres, pagos netos, ganancias netas de los juegos de azar o de la lotería, ayuda fuera del grupo familiar y otras fuentes diversas. Los beneficios no monetarios (como los cupones de alimentos, 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 enviar una solicitud de 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 (Department of Health & Human Services) de EE. UU. y actualizadas periódicamente. Consulte el Apéndice A para ver las directrices más actualizadas.
- M. **Garante:** la persona, que puede ser o no el paciente, que es responsable de pagar la factura del paciente.
- N. **Servicios de atención médica:** servicios médicos que se prestan a la persona en el entorno de HSHS, incluyendo, entre otros, servicios quirúrgicos y de diagnóstico médico, y alojamiento y comida; entorno de diagnóstico para pacientes ambulatorios, incluyendo, entre otros, servicios de diagnóstico, servicios terapéuticos y 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, habitual 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. Varios edificios que operan bajo una sola autorización 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 para 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 médicalemente 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



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

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 (Patient Financial Services):** el departamento responsable de administrar el Programa de Ayuda Económica en HSHS y cada sistema local.
  - V. **Possible 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 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 a 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 esperados por 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, en el momento en el que se presten los cargos sin descuento. HSHS hará que este descuento se aplique automáticamente a los saldos de los pacientes sin seguro cuando se facturen. Las cantidades actuales de descuento para personas sin seguro están publicadas en el Apéndice A de esta política y la Oficina Única de Facturación (Single Billing Office) las revisa anualmente para determinar si son apropiadas.



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

### **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. Los servicios elegibles según la política de ayuda económica de HSHS deben ser clínicamente apropiados y estar dentro de los estándares de práctica médica normalmente aceptados. Lo que incluye:

1. Servicios médicos de emergencia prestados en un entorno de emergencia, y atención que se dé en un entorno de emergencia con el propósito de estabilizar la condición de un paciente.
2. Servicios no optativos prestados en respuesta a circunstancias que amenacen la vida en un entorno que no sea 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:

1. Procedimientos optativos que no sean médicamente necesarios y servicios que normalmente no tengan cobertura de Medicare o que Medicare u otra cobertura de seguro médico los defina como no médicamente necesarios.
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 en 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 organizar el 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. DIRETRICES/PROCEDIMIENTOS**

#### **Orientación económica**

1. Los colegas de Servicios Financieros para Pacientes y Acceso de Pacientes(Patient Access) o las personas que ellos designen 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 para 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 (Emergency Department).
2. Se usa una solicitud de ayuda económica para recoger y documentar el seguro y el estado económico del paciente. El vicepresidente del sistema de Ciclo de Ingresos (Revenue Cycle) o las personas que designe revisan el formulario estándar de solicitud según sea necesario, pero al menos una vez al año, para asegurarse de que incluya toda la información necesaria para procesar la solicitud. Cualquier cambio en el formulario estándar de solicitud se comunica a cada sistema local para su implementación y distribución inmediatas.
3. La cooperación del paciente es necesaria para determinar la elegibilidad en el Programa de Ayuda Económica de HSHS.



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

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 más alto de descuento basado en las comunidades a las que sirve, pero, en ningún caso, el ajuste podrá ser menor al 25 % de los cargos brutos. Las cantidades actuales de descuento para personas sin seguro están publicadas en el Apéndice A de esta política y la Oficina Única de Facturación (Single Billing Office, SBO) los revisa anualmente para determinar si son apropiados. Si más adelante se aprueba un ajuste de caridad para un paciente, el ajuste de descuento correspondiente para personas sin seguro se revertirá y la cantidad se aplicará a una cancelación de caridad.
5. HSHS tiene colegas o delegados disponibles para ayudar a los pacientes a entender el Programa de Ayuda Económica y otros programas de ayuda de terceros disponibles.

**Criterios de elegibilidad**

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

1. **No discriminación.** La ayuda económica según esta política está disponible independientemente de la raza, color, credo, país de origen, edad, discapacidad, estado de discapacidad, condición de atención médica, orientación sexual o estado civil de los pacientes.
2. **Restricciones de residencia.** Los pacientes que busquen ayuda económica tendrán que buscar atención médica adecuada en los centros médicos que estén más cerca de su residencia. 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 de una entidad gubernamental local, estatal o federal dirigido al paciente, o carta de apoyo de inmigrantes
3. **Servicios excluidos.** La atención al paciente que no sea médicalemente necesaria, incluyendo atención optativa, cosmética u otra atención que normalmente las aseguradoras tradicionales y los pagadores del gobierno consideren no reembolsable, no se considerará elegible para la ayuda económica.
4. **Hijos menores de edad/padres divorciados.** Para los hijos menores de edad de padres divorciados, cuando ambos padres/tutores sean partes responsables, se necesitará información sobre los dos 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 que los menores de edad para tomar la resolución.
5. **Otros recursos.** La ayuda económica que da HSHS 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 colectivo
  - b. Planes de beneficios para empleados
  - c. Planes de Compensación de los Trabajadores
  - d. Medicaid, programas médicos del estado o del condado
  - e. Otros programas estatales, federales o médicos
  - f. Terceros declarados como legalmente responsables de los gastos médicos de un paciente (por ejemplo, accidentes de tránsito o reclamos por lesiones personales)



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

- g. Cualquier otra persona o entidad que tenga la responsabilidad legal de pagar los servicios médicos
- h. Fondo para víctimas de delitos (si corresponde)
- i. Costo de atención médica cubierto por programas del gobierno de otros países

Los solicitantes de ayuda económica serán responsables de enviar una solicitud a los 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 para los programas identificados por HSHS como posibles fuentes de pago para la atención, se les puede negar la ayuda económica.

Se espera que los solicitantes contribuyan al costo de su atención, según su capacidad de pago, como se describe en esta política. Los pacientes, o los garantes del paciente, identificados como personas posiblemente calificadas para Medicaid, deberán solicitar cobertura de Medicaid o presentar una denegación de Medicaid recibida en los seis (6) meses anteriores a la 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 la ayuda económica según el Programa de Ayuda Económica. Los pacientes con activos importantes generalmente no son elegibles según el Programa de Ayuda Económica. Para efectos de esta disposición, los activos importantes 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 al 300 % de las directrices federales de pobreza para sistemas locales en áreas rurales o que sean hospitalares de acceso crítico.
7. Se ofrecerá ayuda económica a los pacientes elegibles con cobertura de seguro insuficiente, siempre que dicha asistencia concuerde con el acuerdo contractual de la aseguradora. Por lo general, la ayuda económica no está disponible para los copagos del paciente ni para los saldos después del seguro si el paciente no cumple razonablemente los requisitos del seguro, como obtener las remisiones o autorizaciones adecuadas. Los saldos fuera de la red se pueden revisar caso por caso.
  - 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 si se determina razonablemente que dichos términos violan cualquier obligación legal o contractual de HSHS.

### **Disponibilidad de la ayuda económica**

1. Los pacientes que cumplan los criterios de elegibilidad de arriba podrían ser elegibles para la ayuda económica.
2. Una vez determinada la elegibilidad, a los pacientes elegibles no se les podrá cobrar más que la AGB por servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios.
3. Se usa el método retroactivo para determinar la AGB. Puede encontrar más información del cálculo de AGB en el Apéndice D. El público puede obtener fácilmente el porcentaje de AGB y una descripción del cálculo para el hospital aplicable del sistema local, por escrito y sin cargo, visitando [www.hshs.org](http://www.hshs.org), comunicándose con Servicios Financieros para Pacientes, o pidiéndolo en persona en un hospital de un sistema local. La información de contacto para cada sistema local, según corresponda, se da en el Apéndice B.

### **Direcciones para la determinación de ayuda económica**

1. Los pacientes elegibles sin seguro o con cobertura de seguro insuficiente pueden calificar para la ayuda económica según los ingresos familiares y las directrices federales de pobreza, como se detalla en el Apéndice A.



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

2. Para los pacientes sin seguro, la ayuda económica se aplicará a los cargos brutos (el cargo facturado por HSHS). Para los pacientes con cobertura de seguro insuficiente, la ayuda económica se aplicará solo a la cantidad que el paciente sea personalmente responsable de pagar, después de que se apliquen los reembolsos o pagos del seguro y otros terceros pagadores.
3. HSHS considerará las siguientes circunstancias y otras circunstancias similares cuando evalúe a los solicitantes que de otro modo no califiquen para la ayuda económica según este Programa de Ayuda Económica.
  - a. La deuda médica catastrófica se define como una deuda médica de más del 20 % de los ingresos anuales de la familia del paciente. Todas las deudas médicas con HSHS que superen el 20 % se ajustarán según la ayuda económica previo aviso de parte del paciente y verificación de parte de los colegas de HSHS.
  - b. El período de cálculo para el máximo anual de ingresos se basará en un período de 12 meses a partir de la fecha más reciente de servicios médicos.

### **Proceso de solicitud para el Programa de Ayuda Económica**

1. Todos los pacientes (o sus tutores legales) que quieran que los consideren para el Programa de Ayuda Económica deberán pedir la ayuda antes o en el momento del ingreso o antes del alta, si es posible. Los pacientes también podrán enviar una solicitud para que los consideren según el Programa de Ayuda Económica antes de que la cuenta se asigne a una agencia de cobro de deudas incobrables, según los requisitos de la Sección 501(r) del Código. HSHS puede pedir que una agencia de cobros de deudas incobrables devuelva una cuenta si se aprueba la ayuda económica de un paciente, siempre que la cuenta se hubiese enviado a una de dichas agencias 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 legales o cualquier persona autorizada para actuar en nombre del paciente. HSHS dará acceso a colegas o delegados para ayudar a los pacientes/tutores legales a entender los criterios de elegibilidad y cómo completar la solicitud de FAP.
3. El paciente o la parte responsable pueden completar y devolver la solicitud de FAP durante el período de solicitud. Esto también se puede hacer electrónicamente 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 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 legales) deberán revelar la información económica, 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 la ayuda económica.
6. Si HSHS lo pide, los pacientes (o sus tutores legales) que pidan ayuda económica deberán autorizar a HSHS a que haga consultas a empleadores, bancos, agencias de crédito y otras instituciones para verificar la información que necesite para determinar la elegibilidad para ayuda económica.
7. La solicitud FAP completada debe ir acompañada de fotocopias legibles y precisas de los siguientes documentos, según sea necesario, para comprobar 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.



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

- c. Verificación por escrito de las agencias de asistencia pública, como Medicaid o un programa médico del condado, que refleje las denegaciones de elegibilidad (cuando se pida) y según corresponda.
  - d. Verificación por escrito de la razón por la que se denegaron beneficios por desempleo o de Compensación de los Trabajadores (cuando se pida y según corresponda).
8. Los ingresos se anualizarán, cuando corresponda, según la documentación proporcionada.
9. Se mantendrá la confidencialidad de la información para todos los que busquen o reciban ayuda según el Programa de Ayuda Económica de HSHS, como exigen las políticas de HSHS y las leyes federales y estatales. Las copias de todos los documentos complementarios 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 completada de FAP para determinar la necesidad y elegibilidad para caridad.
  - a. HSHS puede pedir documentación de la información solicitada para comprobar la elegibilidad para la ayuda económica y para completar el procesamiento de la solicitud.
  - b. Si HSHS determina que cualquier documentación o información importantes presentadas no son verdaderas o están falsificadas, la solicitud para el Programa de Ayuda Económica se denegará. 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 porque el servicio independiente de cobro las considera médicaamente indigentes. Además, los pacientes para los que HSHS reciba confirmación de descargo por bancarrota según el Capítulo 7 mediante un Tribunal Federal de Bancarrota también calificarán para caridad al 100 %.

**Possible 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 médicalemente necesarios. Una vez determinado, debido a la naturaleza inherente de las posibles circunstancias, el único descuento que se puede dar es la cancelación del 100 % del saldo de la cuenta. La posible elegibilidad se puede determinar según las circunstancias individuales, que pueden incluir:
  - c. TODOS LOS HOSPITALES (HSHS) Y MEDICAL GROUP:
    - i. Sin hogar
    - ii. Muerte sin patrimonio
    - 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 (Rental Housing Support Program) de la Autoridad de Desarrollo de Vivienda (Housing Development Authority) de Illinois
      - 3. Programa de Asistencia de Vivienda (Housing Assistance Program) del Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin (Wisconsin Department of Health Services)
- b. HOSPITALES URBANOS: más categorías obligatorias:
  - i. Inscripción en uno o más de estos programas con criterios iguales o por debajo del 200 % de las directrices federales de pobreza actuales:
    - 1. Participar en el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
    - 2. Ser elegible para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)



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

3. Programa de Asistencia de Energía para Viviendas de Bajos Ingresos (LIHEAP)
  4. Programa de Asistencia de Energía para Viviendas de Wisconsin (WHEAP)
  5. Estar inscrito en un programa organizado basado en la comunidad que dé acceso a atención médica que evalúe y documente como criterio el estado económico de bajos ingresos limitados
  6. Recibir una 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 esos programas externos, las cuentas se ajustarán como 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, los pacientes serán responsables de volver a presentar 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 netos disponibles del grupo familiar sin afectar la elegibilidad para el Programa de Ayuda Económica. Sin embargo, cualquier sistema local que no aplique un descuento para pacientes sin seguro deberá cumplir los requisitos de 210 ILCS 89(10)(c)(4).
  - a. Una casa que sea la residencia principal
  - b. Propiedad personal para uso en la casa
  - c. Vehículos hasta un valor combinado de \$15,000; el valor se basará en la cantidad de tasación actual según Blue Book (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 adicional 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 HSHS los considera necesarios y razonables para que el grupo familiar siga teniendo la capacidad de mantenerse económicamente.
  - g. Pagos mensuales a un centro de atención residencial o de vida asistida

**Comunicación del Programa de Ayuda Económica para 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, por correo y en lugares públicos en los hospitales de los sistemas locales, incluyendo, como mínimo, la sala de emergencias (si corresponde) y áreas de ingreso.
  - b. Admisión y alta: el resumen en lenguaje simple y la solicitud de FAP se les ofrecerán a los pacientes durante los procesos de registro, registro posterior 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 (Admissions), 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 disponibles en el sitio web de HSHS ([www.hshs.org](http://www.hshs.org)).
  - e. Estados de cuenta del paciente: cada cuenta, factura u otro resumen de cargos deberá incluir una declaración visible de que la persona puede pedir que la consideren según el Programa de Ayuda Económica, incluyendo el teléfono de Servicios Financieros para Pacientes y la dirección directa al sitio web 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 ofrecerá 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



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

- constituyan lo que sea menor entre 1,000 personas o el cinco por ciento (5 %) de la comunidad que atiende el sistema local o la población que probablemente se verá afectada o que atenderá el sistema local aplicable.
- g. Difusión a la comunidad: HSHS tomará medidas para avisar e informar a los miembros de la comunidad del Programa de Ayuda Económica.
  - 2. Una parte interesada puede presentar una solicitud al Programa de Ayuda Económica en nombre de los pacientes (sujeto a las leyes de privacidad), incluyendo, entre otros:
    - a. Paciente o garante
    - b. Líder o representante de una comunidad religiosa
    - c. Médico personal u otros profesionales de atención médica
    - d. Cualquier miembro del personal de HSHS o personal médico
      - i. Entre los ejemplos se incluyen: médicos, enfermeros, asesores financieros, trabajadores sociales, administradores de casos, capellanes y patrocinadores religiosos.

### **VI. PROCESO DE FACTURACIÓN Y COBRO**

Como se describe abajo, HSHS hará todo lo posible para determinar si un paciente es elegible según este Programa de Ayuda Económica para recibir ayuda económica antes de que se aplique 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 estas categorías generales.

1. **Determinaciones de posible elegibilidad.** Si se determina que un paciente es posiblemente elegible para menos que la ayuda más generosa disponible según el Programa de Ayuda Económica (por ejemplo, la determinación de elegibilidad se basa en una solicitud presentada relacionada con atención anterior), HSHS o el sistema local informarán a la persona la razón para la determinación y le darán al paciente un período de tiempo razonable para enviar una solicitud de una ayuda más generosa antes de iniciar una ECA.
2. **Solicitudes de FAP incompletas.** Si un paciente envía una solicitud de FAP incompleta durante el período de solicitud, HSHS o el sistema local deberán informar al paciente, por escrito, sobre cómo completar la solicitud de FAP y le darán una oportunidad razonable para hacerlo (no menos de 30 días desde la fecha en que se dé el aviso de la solicitud incompleta). Durante este tiempo, el proceso de facturación estándar continuará, pero cualquier ECA pendiente deberá suspenderse y el aviso por escrito deberá (i) describir la información o documentación adicionales necesarias que se necesitan para completar la solicitud según el Programa de Ayuda Económica o la solicitud FAP, e (ii) incluir la información de contacto adecuada.
3. **Solicitudes de FAP completas.** Si un paciente envía una solicitud de FAP completa durante el período de solicitud, HSHS o el sistema local deberán suspender inmediatamente 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.** Excluyendo los servicios prestados a un paciente como atención de emergencia, HSHS o el sistema local pueden aplazar o denegar la atención médica necesaria debido a la falta de pago de una o más facturas por atención que se hubiese dado antes, 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, y se le dirá que hay ayuda económica disponible para los pacientes elegibles, y la fecha límite, si hay, después de la que HSHS o el sistema local ya no aceptarán ni procesarán solicitudes que presente (o, si corresponde, complete) el paciente para la atención en cuestión que se había dado antes. Este plazo no podrá ser antes de los 30 días después de



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

la fecha en que se dé el aviso por escrito o los 240 días después de la fecha en que se dé el primer estado de cuenta después del alta por la atención que se había dado antes.

### **Aviso de determinación del Programa de Ayuda Económica**

1. **Determinaciones.** Una vez que HSHS determine el saldo final que debe el paciente Y se reciba una solicitud FAP completada en la cuenta del paciente, HSHS informará al paciente, al tutor legal del paciente o a la parte responsable, por escrito, de la determinación final en un plazo de cuarenta y cinco (45) días calendario. El aviso incluirá una determinación de la cantidad que el paciente o la parte responsable deberán pagar, si se aprueba menos del 100 % de la ayuda económica. Si la solicitud para el Programa de Ayuda Económica se deniega, se enviará un aviso en el que se dirá 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 atención, que supere la cantidad que se haya determinado que el paciente es personalmente responsable de pagar según el Programa de Ayuda Económica, a menos que dicha cantidad en exceso sea de menos de \$5.00.
3. **Reversión de ECA.** En la medida en que se determine que un paciente es elegible para la 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. Normalmente, dichas medidas razonablemente disponibles incluyen, entre otras, medidas para anular cualquier decisión en contra de la persona, levantar cualquier embargo o derecho de retención sobre la propiedad de la persona y quitar de su reporte cualquier información negativa que se dé a una agencia de informes de crédito del consumidor u oficina de crédito.

### **Apelaciones**

1. El paciente o la parte responsable pueden apelar una denegación de elegibilidad para ayuda económica presentando más información al Departamento de Cuentas de Pacientes (Patient Accounts Department) en un plazo de catorce (14) días calendario desde 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 de ayuda económica, se enviará un aviso por escrito al paciente, al tutor legal o a la parte responsable.
2. Si se presenta una apelación en un plazo de catorce (14) días calendario desde la determinación definitiva, se suspenderán todos los esfuerzos de cobro hasta que se obtenga el resultado final del proceso de apelación.

## **VII. ADMINISTRACIÓN**

### **Requisitos de presentación de reportes**

1. Cada sistema local de Illinois debería poder proporcionar lo siguiente cuando se pida:
  - a. Solicitud del Programa de Ayuda Económica
  - b. Criterios aceptados de posible elegibilidad
  - c. Estadísticas de ayuda económica (cuando lo exija la Oficina del Fiscal General de Illinois [Illinois Office of the Attorney General])
  - d. Solicitudes presentadas (completas e incompletas)
  - e. Solicitudes aprobadas (incluyendo la cantidad aprobada mediante posible elegibilidad)
  - f. Solicitudes denegadas
  - g. Cantidad en dólares de ayuda económica al costo
  - h. Descripción de la tecnología electrónica y de la información usada
2. Para los sistemas locales de Illinois, esta información se debe enviar anualmente a la Oficina del Fiscal General de Illinois.
3. Cada sistema local de Wisconsin debería poder proporcionar lo siguiente cuando se pida:



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

- a. Solicitud del Programa de Ayuda Económica
- b. Criterios aceptados de posible elegibilidad
- c. Cantidad de solicitudes presentadas (completas e incompletas)
- d. Cantidad de solicitudes aprobadas (incluyendo la cantidad aprobada mediante posible elegibilidad)
- e. Cantidad de solicitudes denegadas
- f. Cantidad en dólares de ayuda económica proporcionada (desde el principio del año hasta la fecha)

**Administración de la política**

1. Los servicios prestados como resultado de un accidente están sujetos a todos los instrumentos legales necesarios para asegurar el pago de la responsabilidad a terceros, incluso si estos instrumentos se presentan después de que se haya aprobado la elegibilidad inicial del paciente para el Programa de Ayuda Económica. Si hay 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 CFO del sistema local, el CFO de la división o el vicepresidente del sistema de Ciclo de Ingresos), que será responsable de administrar el programa, asegurar que las determinaciones de ayuda económica cumplan los requisitos de esta política, e informar al paciente o la parte responsable de la determinación final. 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. Más de \$100,001: director financiero, vicepresidente o CFO de HSHS; CFO o delegado de Medical Group.
3. Otras circunstancias pueden mostrar de manera convincente que el pago completo de gastos médicos pendientes podría causar graves dificultades sociales o económicas 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 ley vigente. HSHS se reserva el derecho de aprobar o rechazar una solicitud de ayuda económica recibida, a su discreción. Para implementar esta política, la administración 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.

**ORIGINADOR:** \_\_\_\_\_ *Mark D. Evard*

Vicepresidente, Manejo del Ciclo de Ingresos

**LÍDER RESPONSABLE:** \_\_\_\_\_  
SVP y director financiero

**APROBACIÓN ADMINISTRATIVA:** \_\_\_\_\_  
Presidente y CEO

## APÉNDICE A

### NIVEL DE DESCUENTO

**Descuento sin seguro:** HSHS dará un descuento para personas sin seguro en el momento que se den los cargos sin descuento. Este descuento se aplicará a las cuentas de los pacientes sin cobertura de pago de un 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 35 % de descuento.

**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 encima del 200 % del FPL, pero igual o por debajo del 300 %, son elegibles para recibir un descuento del 90 %.
3. Por encima del 300 % del FPL, pero igual o por debajo del 400 %, son elegibles para recibir un descuento del 80 %.
4. Segundo la Ley de descuentos para pacientes sin seguro de hospitales de Illinois (Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act) (210 ILCS 89/1) (HUPDA) a partir del 4/1/09, la elegibilidad para ayuda económica para pacientes con ingresos familiares del 400 % al 600 % del FPL está restringida a pacientes que residan en Illinois y que tengan cargos por servicios médicamente necesarios que superen los \$150.
5. Por encima 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 encima del 200 % del FPL, pero igual o por debajo del 300 %, son elegibles para recibir un descuento del 90 %.
3. Por encima del 300 % del FPL, pero igual o por debajo del 400 %, son elegibles para recibir un descuento del 80 %.
4. Por encima 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 2025

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

DIRECTRICES DE POBREZA DE 2025 PARA LOS 48 ESTADOS CONTIGUOS Y EL DISTRITO DE COLUMBIA						
(En vigor a partir del 15 de enero de 2025)		200%	300%	400%	500%	600%
PERSONAS EN LA FAMILIA/GRUPO FAMILIAR	DIRECTRIZ DE POBREZA 100 %					
1	\$15,650	\$31,300	\$46,950	\$62,600	\$78,250	\$93,900
2	\$21,150	\$42,300	\$63,450	\$84,600	\$105,750	\$126,900
3	\$26,650	\$53,300	\$79,950	\$106,600	\$133,250	\$159,900
4	\$32,150	\$64,300	\$96,450	\$128,600	\$160,750	\$192,900
5	\$37,650	\$75,300	\$112,950	\$150,600	\$188,250	\$225,900
6	\$43,150	\$86,300	\$129,450	\$172,600	\$215,750	\$258,900
7	\$48,650	\$97,300	\$145,950	\$194,600	\$243,250	\$291,900
8	\$54,150	\$108,300	\$162,450	\$216,600	\$270,750	\$324,900
Para familias/grupos familiares con más de 8 personas, agregue \$5,550 por cada persona adicional						

## **APÉNDICE B**

La información de la política de Ayuda Económica de Hospital Sisters' Health System y la Política de Facturación y Cobro de Hospital Sisters' Health System se pondrá a disposición de los pacientes y de las comunidades a las que HSHS atiende por medio de diversas fuentes.

Todas las solicitudes completadas junto con todos los documentos adjuntos se deben enviar a la siguiente dirección:

**Patient Financial Services  
Attention: Financial Assistance Program  
P.O. Box 13427  
Springfield, IL 62791**

**Fax - (217) 492-2339**

**Correo electrónico - [hhscharityservice@ensemble.com](mailto:hhscharityservice@ensemble.com)**

**Llamada sin costo: (833) 464-1778**

### **ACCESO PÚBLICO A LA POLÍTICA**

La información de la Política de Ayuda Económica de Hospital Sisters' Health System y la Política de Facturación y Cobro de Hospital Sisters' Health System se pondrá a disposición de los pacientes y de las comunidades a las que HSHS atiende por medio de diversas fuentes.

1. Los pacientes y garantes pueden pedir copias de la Política de Ayuda Económica, la Política de Facturación y Cobro, la Solicitud de ayuda económica o el Resumen en lenguaje sencillo por correo, por teléfono o conectándose a nuestro sitio web: [www.hshs.org](http://www.hshs.org).

Los pacientes y garantes pueden pedir copias de la Política de Ayuda Económica, la Política de Facturación y Cobro, la Solicitud de ayuda económica o el Resumen en lenguaje sencillo personalmente en cualquiera de los ministerios del sistema. Las solicitudes están disponibles en las áreas de acceso de los pacientes, Registro (registration), Admisión (admitting) y Departamento de Emergencias, o pidiendo ayuda a un colega de HSHS.

**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. Van Buren 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.

## **APÉNDICE C**

### **Proveedores y departamentos cubiertos**

Para obtener una lista completa de los proveedores que aceptan y no aceptan la Política de Ayuda Económica de HSHS, visite nuestro sitio web en [www.hshs.org](http://www.hshs.org). También puede comunicarse con su oficina comercial local de HSHS para obtener esta información. La información de contacto de cada ministerio local se incluye en esta política, Apéndice B.

## **APÉNDICE D**

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

La cantidad generalmente facturada es el pago que se espera por los servicios de emergencia o médicaamente necesarios de los pacientes o del garante del paciente. Para los pacientes sin seguro que califiquen, esta cantidad no superará una tarifa que se determinará usando un método retroactivo descrito en §1.50®-5(b) (3) del Código del Servicio de Impuestos Internos. El método retroactivo 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 pida a cada ministerio local u Oficina Única de Facturación de HSHS y públicamente en el sitio web en [www.hshs.org](http://www.hshs.org). La información de contacto de cada ministerio local u oficina comercial divisional está en esta política, Apéndice B.