

POLÍTICA Y MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE SWEDISHAMERICAN

SECCIÓN ADMINISTRACIÓN HOSPITAL	NÚMERO DE ASUNTO 20-950.145.6 FECHA DE VIGENCIA _ / _ /2016
ASUNTO PRESUNTA ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR AYUDA ECONÓMICA	NÚMERO QUE REEMPLAZA 20-950.145.5 CON FECHA 01/01/2014

I. PROPÓSITO:

Establecer un programa de ayuda económica que se aplique a toda la atención de emergencia y otra atención necesaria por razones médicas que se proporcionen en el SwedishAmerican Hospital y el SwedishAmerican Medical Center/Belvidere (juntos, el “Hospital”) y que cumplan con los requisitos establecidos en el 26 CFR 1.501(r) y los requisitos establecidos en la Ley de Descuento para Pacientes No Asegurados en Hospitales de Illinois (Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act) (210 ILCS 89/1 y siguientes), la Ley de Cobro Justo para Pacientes de Illinois (Illinois Fair Patient Billing Act) y la Norma de ayuda económica de OAG de Illinois (77 Ill. Código admin. 4500).

II. ALCANCE:

Esta política se aplica a todos los pacientes de los departamentos para pacientes hospitalizados y ambulatorios del hospital, incluso el Regional Cancer Center y todos los demás departamentos para pacientes ambulatorios basados en proveedores, y a todos los empleados de SwedishAmerican Health System (SAHS) que tienen comunicación con pacientes respecto a la atención de beneficencia o a la ayuda económica.

III. RESPONSABILIDAD:

La administración de esta política es responsabilidad de los servicios de contabilidad para el paciente de SwedishAmerican Health System.

IV. PRÁCTICA:

El hospital brindará atención médica de emergencia (en el sentido especificado en la Sección 1867 de la Ley de Seguridad Social) de conformidad con su Política de Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA) sin discriminación para todas las personas, sin importar su elegibilidad para recibir ayuda económica de acuerdo con esta política. El hospital ofrece ayuda económica en forma de descuentos parciales o completos para la atención de emergencia y otra atención necesaria por razones médicas que se proporcionen a los pacientes que pagan su propia cuenta y a los pacientes sin cobertura de seguro médico que cumplan con los criterios de elegibilidad establecidos en esta política. Las excepciones a los criterios de elegibilidad se pueden hacer a la entera discreción del hospital. Los descuentos que se ofrecen de acuerdo con esta política son adicionales a los otros descuentos que ofrece el hospital. Los pacientes que no puedan pagar para obtener servicios deberán consultar con los asesores financieros en la Oficina administrativa del Hospital para obtener ayuda para identificar los recursos disponibles y así cumplir con sus obligaciones financieras. Es posible que los médicos que brindan atención en el hospital cobren de forma independiente sus servicios y que no estén obligados a cumplir con esta política. Para obtener un listado de los médicos que brindan atención en el hospital, incluyendo a los médicos o grupos que ofrecen ayuda económica de acuerdo con esta política y los que no la ofrecen, consulte el Anexo A.

- A. Responsabilidades del hospital y del paciente con relación a la ayuda económica: tanto el hospital, como el paciente, son responsables de su participación para determinar la elegibilidad

para formar parte del programa de ayuda económica del hospital y de hacer los arreglos de pago correspondientes para cubrir el monto descontado adeudado, si hubiera.

- 1 Participación del hospital –
 - a. El hospital es responsable de: (i) emprender las iniciativas razonables para dar a conocer su programa de ayuda económica a los residentes de la comunidad que atiende el hospital y notificar a los visitantes del hospital acerca del programa de ayuda económica; (ii) evaluar la elegibilidad del paciente para recibir ayuda económica basado en esta política; (iii) notificar al paciente sobre las opciones de pago; y (iv) notificar al paciente sobre las acciones de cobro extraordinarias que el hospital tiene la intención de emprender en contra del paciente, como lo exige la Sección IV.I.4 de esta política.
 - b. Al determinar la elegibilidad del paciente para recibir ayuda económica, el personal del hospital se esfuerza por ser imparcial, consecuente y oportuno.
 - c. Es posible que el hospital use personal interno o agentes externos para ayudar a que los pacientes obtengan la cobertura de Medicaid u otra cobertura, si fueran elegibles.
2. Participación del paciente. El paciente es responsable de:
 - a. Cooperar con el hospital proporcionando la información y documentación necesaria para presentar una solicitud con el fin de recibir otros recursos financieros existentes que puedan estar disponibles para pagar la atención médica, como Medicare, Medicaid y seguro de responsabilidad civil.
 - b. Proporcionar de inmediato al hospital la información financiera y de otro tipo que sea necesaria para determinar la elegibilidad de recibir ayuda económica de conformidad con esta política. Esto incluye completar la Solicitud de ayuda económica según se requiere en la Sección IV.D de esta política y cooperar plenamente con la recopilación de información y con el proceso de evaluación.

El paciente debe proporcionar información precisa y la documentación necesaria para establecer la elegibilidad de acuerdo con esta política a más tardar el último día del período de solicitud, según se define en la Sección IV.F, o 30 días después de una solicitud de información, lo que ocurra posteriormente.
 - c. Cooperar con el hospital para establecer un plan razonable de pagos y emprender iniciativas de buena fe para respetar los planes de pago correspondientes a las facturas rebajadas del hospital, si corresponde.
 - d. Notificar de inmediato al hospital sobre cualquier cambio en la situación económica, de manera que el hospital pueda evaluar la repercusión de este cambio en la elegibilidad para recibir ayuda económica, las facturas del hospital pendientes y los planes de pago acordados.
 - e. Informar al hospital, luego de visitas de pacientes ambulatorios y admisiones de pacientes hospitalizados posteriores, que el paciente haya recibido anteriormente servicios de atención médica de parte del hospital y que se determinó que era elegible para recibir atención con descuento, si corresponde.

f Comunicarse con la Oficina administrativa del hospital para solicitar información sobre cómo recibir ayuda con la Solicitud de ayuda económica ^{si} fuera necesario.

B Definiciones. Tal como se usan en esta política, a continuación se proporcionan las definiciones de los siguientes términos:

1. “Servicios necesarios por razones médicas” o “atención necesaria por razones médicas” significa cualquier servicio hospitalario como paciente hospitalizado o ambulatorio, incluyendo productos y suministros farmacéuticos apropiados, proporcionados por el hospital a un paciente cubierto de conformidad con el Título XVIII de la Ley del Seguro Social federal (“Medicare”), para beneficiarios con el mismo cuadro clínico que los pacientes sin cobertura de seguro médico. Los servicios necesarios por razones médicas no incluyen: 1) servicios que no son médicos como los servicios sociales y vocacionales; y 2) la cirugía cosmética electiva, pero incluye la cirugía plástica electiva diseñada para corregir la desfiguración causada por lesión, enfermedad o deformidad o defecto congénito.
2. “Atención de emergencia” significa cualquier servicio hospitalario no electivo sin el cual 1) la salud del paciente se pone en un grave riesgo; o 2) el paciente podría experimentar deterioro grave de sus funciones corporales o disfunción grave de un órgano del cuerpo.
3. “Paciente que paga por cuenta propia” significa un paciente al que le puede corresponder algo de lo siguiente:
 - a. el paciente no tiene cobertura de seguro médico;
 - b. tiene disponible la cobertura de terceros, aunque con beneficios limitados (por ejemplo, el paciente tiene un saldo pendiente después del pago del seguro) y excluyendo cualquier reducción normal y acostumbrada que haga el seguro;
 - c. se le deniega la cobertura de terceros debido a afecciones preexistentes;
 - d. el paciente ya está recibiendo ayuda económica (por ejemplo, Medicaid), pero no están cubiertos los servicios particulares;
 - e. se han agotado los beneficios de Medicare o Medicaid y el paciente ya no tiene la capacidad para pagar; o
 - f. se le ha denegado la asistencia de bienestar debido a los recursos e/o ingresos del paciente, pero se encuentra en condiciones en donde una enfermedad hará que le resulte imposible cumplir con las obligaciones financieras.
4. Un “paciente sin cobertura de seguro médico” es un paciente que no está cubierto de conformidad con una política de seguro médico y no es un beneficiario de acuerdo con un plan de seguro médico privado o público, u otro programa de cobertura de salud, incluyendo los planes de seguro médico con deducible alto, la compensación para los trabajadores, el seguro de responsabilidad contra accidentes u otro seguro de responsabilidad civil.
5. Para los pacientes sin cobertura de seguro médico que califiquen para recibir ayuda

económica de acuerdo con esta política, los “servicios calificados” se refieren a los servicios de atención de emergencia y servicios necesarios por razones médicas que se reciben en el hospital. Para todos los otros pacientes que paguen por cuenta propia y que califiquen para recibir ayuda económica de acuerdo con esta política, los “servicios calificados” se refieren solamente a la atención de emergencia.

- 6 Para los fines de esta política, “posterior al alta” significa después de que se haya recibido la atención y después de que el paciente haya salido del centro hospitalario.

C. Criterios de elegibilidad para recibir ayuda económica:

1. el paciente es residente de Illinois;
2. el paciente es un paciente que paga por cuenta propia que califica para recibir ayuda, basado en la necesidad económica según se determina en la Sección IV.G.
3. el paciente recibe servicios calificados; y
4. el paciente completa la Solicitud de ayuda económica según lo requiere la Sección IV.D y/o cumple con los criterios de presunta elegibilidad establecidos en la Sección IV.E.

D. Solicitud de ayuda económica. Con excepción de los pacientes que cumplen con los criterios de presunta elegibilidad en la Sección IV.E, los pacientes que soliciten ayuda económica deben completar la Solicitud de ayuda económica del hospital y presentarla en la Oficina administrativa del hospital para determinar la elegibilidad de conformidad con esta política.

Como respaldo a su Solicitud de ayuda económica, cada paciente debe presentar:

1. Comprobante de ser residentes de Illinois. Las formas aceptables de comprobantes son una tarjeta de identificación válida emitida por el estado, un contrato de arrendamiento, una factura reciente de servicios públicos, correo dirigido al paciente de parte de una agencia gubernamental de Illinois, una tarjeta de registro de votante o del vehículo, o una carta de un refugio para personas sin hogar; y
2. Comprobante de ingresos. Se requiere la copia más reciente de la declaración de impuestos presentada al IRS del adulto responsable. Además, es posible que se requiera un comprobante de ingresos adicional. Las formas aceptables de comprobantes adicionales son los comprobantes de pago salarial del empleador, la certificación del empleador y una copia del formulario W-2 más reciente.

Si las formas de comprobantes identificadas no están disponibles, el paciente se puede comunicar con la Oficina administrativa del hospital para hablar sobre si se puede presentar una forma de comprobante alternativa. Un paciente sin cobertura de seguro médico no estará obligado a presentar un número del Seguro Social para calificar para recibir ayuda económica de acuerdo con esta política. Sin embargo, el hospital puede solicitar el número del Seguro Social de un paciente para ayudarlo en la determinación de su elegibilidad para participar en programas públicos, como Medicare o Medicaid.

E. Presunta elegibilidad. Los pacientes que pagan por cuenta propia, que entren en una o más de las siguientes categorías, se considerarán elegibles para recibir ayuda económica, incluso si falta una Solicitud de ayuda económica debidamente completada luego de la confirmación de la circunstancia correspondiente:

- 1 El paciente no tiene hogar.

2. El paciente murió y no tiene ningún patrimonio que sirva para pagar la deuda del paciente con el hospital.
3. El paciente es actualmente elegible para recibir Medicaid, pero no lo era en la fecha del servicio de atención médica.
4. El paciente está inscrito en uno de los siguientes programas de asistencia con criterios de elegibilidad iguales o por debajo del 200% de los lineamientos federales sobre ingresos para determinar el nivel de pobreza:
 - a. Programa de Nutrición para mujeres, niños y bebés (Women, Infant and Children Nutrition Program, WIC);
 - b. Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP);
 - c. Programa de Desayuno y almuerzo gratuito de Illinois;
 - d. Programa de Asistencia para energía en hogares con bajos ingresos (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP);
 - e. Asistencia temporal para familias necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF);
 - f. Un programa comunitario organizado que proporcione acceso a la atención médica que evalúe y documente la condición financiera de bajos ingresos limitados como un criterio para la elegibilidad; o
 - g. Un programa de asistencia por subvenciones para servicios médicos.

Además, un paciente que paga por cuenta propia que cumpla uno o más de los criterios de presunta elegibilidad y que presente la Solicitud para ayuda económica no estará obligado a declarar los ingresos brutos ni a reportar información respecto a los gastos mensuales.

F. Presentación y proceso de las solicitudes de ayuda económica:

1. Generalmente, una Solicitud de ayuda económica se puede presentar en cualquier momento durante el período de 240 días que comienza en la fecha en que se envía al paciente que paga por cuenta propia la primera cuenta de cobro posterior al alta (el “período de solicitud”).
2. Una solicitud para recibir ayuda económica se puede presentar a través de diversas fuentes, que incluyen al paciente, un familiar, una organización comunitaria, una iglesia, una agencia de cobros, un encargado del cuidado, la administración del hospital y otras. Las solicitudes recibidas de terceros se dirigirán a la Oficina administrativa del hospital, la cual obtendrá el consentimiento del paciente antes de trabajar con el tercero en nombre del paciente. La oficina administrativa trabajará con el tercero para identificar y/o proporcionar los recursos disponibles para ayudar al paciente en el proceso de solicitud.
3. La Oficina administrativa del hospital revisará la Solicitud de ayuda económica completa y la documentación de respaldo, hará una determinación de elegibilidad para recibir ayuda económica, y aprobará o denegará la solicitud dentro de un plazo

razonable, normalmente en 14 días hábiles (con la excepción de personas elegibles para la Política de ayuda económica (Financial Assistance Policy, FAP) con solicitudes pendientes para Medicaid u otra cobertura).

4. Tras una determinación de elegibilidad de conformidad con la Sección IV.G, la Oficina administrativa del hospital aplicará a la cuenta del paciente cualquier descuento de ayuda económica que se haya aprobado.
5. Al paciente se le notificará por escrito la determinación del hospital y, si corresponde, la ayuda para la que es elegible. La notificación incluirá las bases para la determinación. Un paciente puede comunicarse con la Oficina administrativa del hospital para confirmar su estado de cuenta. A los pacientes elegibles se les proporcionará una cuenta de cobro revisada indicando el monto descontado adeudado e instruyendo al paciente sobre cómo obtener información adicional relacionada con la estimación de los AGB y la determinación de ayuda económica del paciente.

A pesar de la posible falta de una Solicitud de ayuda económica completa, un paciente que es presuntamente elegible también será notificado por escrito sobre la determinación de elegibilidad del hospital y sobre el descuento que se aplicó al saldo adeudado por el paciente.

6. En caso de que se presente una Solicitud de ayuda económica incompleta, el hospital proporcionará un aviso por escrito al paciente en el que describirá la información o documentación necesaria para completar la solicitud. El aviso proporcionará detalles de contacto de la Oficina administrativa del hospital e informará al paciente sobre la fecha límite para completarla. La fecha límite para completarla será después del último día del período de solicitud o treinta (30) días después de que se proporcione el aviso por escrito que requiere esta Subsección.
7. A menos que el paciente notifique a la Oficina administrativa del hospital sobre un cambio en las circunstancias económicas, la elegibilidad para recibir ayuda económica se reevaluará regularmente, pero no más frecuentemente que con cada episodio de atención posterior a los que aplica esta política.

G. Directrices para determinar el descuento aplicable al paciente:

1. De acuerdo con la Sección 501(r)(5)(B) del Código de Rentas Internas, a un paciente que es elegible para recibir ayuda económica de conformidad con esta política (una “persona elegible según FAP”) se le cobrará menos que los “cargos brutos” por toda la atención de emergencia y la atención necesaria por razones médicas. Además, según lo requiera la Sección 501(r)(5)(A) del Código de Rentas Internas, para la atención de emergencia y otra atención necesaria por razones médicas que se proporciona a las personas elegibles según FAP, el hospital no hará cobros mayores a los montos generalmente facturados (amounts generally billed, “AGB”) a las personas que tengan un seguro que cubre dicha atención. Al usar el método de cálculo retroactivo que se describe en 26 CFR § 1.501(r)-5(b), el hospital determina los AGB por cualquier atención de emergencia u otra atención necesaria por razones médicas al multiplicar los cargos brutos del hospital para la atención que se proporcionó a la persona elegible según FAP por el porcentaje aplicable de los AGB. Por lo menos anualmente, el hospital estima un porcentaje único de los AGB aplicable a todos los centros al dividir la suma de todos los reclamos, que no sean cirugías cosméticas electivas, pagadas al hospital durante un período anterior de 12 meses, entre la suma de los cargos brutos

asociados para esos reclamos. Según se use en esta política, los “Reclamos” significan todos los reclamos permitidos por el pago de servicios de Medicare y todas las aseguradoras médicas privadas como pagadores primarios o secundarios, incluyendo los planes Medicare Care Advantage, junto con cualquier porción asociada de estos reclamos que pagaron los beneficiarios de Medicare o las personas aseguradas en la forma de copagos, coaseguros y deducibles. El hospital implementará el porcentaje de los AGB dentro del plazo de 120 días a partir de la finalización del período de 12 meses que se utilizó para estimar el porcentaje de los AGB. Para obtener el porcentaje actual de los AGB, favor de comunicarse con el departamento de servicios financieros al 779-696-7150.

2. Las Solicitudes de ayuda económica se revisarán de acuerdo con las directrices establecidas en esta política y la Solicitud de ayuda económica. Para ser elegible para recibir una reducción igual al 100% de los cargos por los servicios calificados, las personas elegibles según FAP deben tener ingresos familiares (según se define a continuación) iguales o menores al 200% de los Lineamientos federales de pobreza actuales.
3. Los pacientes que pagan por cuenta propia y que cumplen con los criterios de presunta elegibilidad de conformidad con la Sección IV.E, recibirán una reducción igual al 100% de los cargos por los servicios calificados.
4. Los pacientes sin cobertura de seguro médico con un ingreso familiar (según se define a continuación) que exceda el 200%, pero que es igual o menor al 600% de los Lineamientos federales de pobreza, serán elegibles para recibir un descuento significativo determinado de acuerdo con la Ley de Descuento para Pacientes No Asegurados en Hospitales de Illinois.
5. "Ingreso familiar" significa la suma de los ingresos de una familia y los beneficios en efectivo de todas las fuentes antes de impuestos, menos los pagos realizados por manutención infantil. Cuando se determina el ingreso familiar del paciente, el tamaño de la familia y el ingreso incluye a todos los familiares inmediatos y a otros dependientes en el hogar. Esto incluye un adulto (y su cónyuge, si corresponde), hijos menores adoptados o naturales del adulto o cónyuge, estudiantes mayores de 18 años de edad que dependan de la familia en más del 50% de su manutención y cualquier otra persona dependiente del ingreso familiar en más del 50% de su manutención.

Para efectos de verificación, el hospital requerirá una declaración de impuestos actual del adulto responsable y es posible que le pida al paciente o al adulto responsable que presente una declaración de impuestos actual, un estado financiero personal, copias de los formularios W-2/1040, estados de cuenta bancarios, u cualquier otra forma de documentación que respalde los ingresos que se reportaron según se establece en la Sección IV.D. El hospital también puede obtener un informe crediticio con el propósito de identificar gastos, obligaciones e ingresos adicionales para ayudar a lograr una comprensión plena de las circunstancias económicas del paciente.

6. El monto máximo que el hospital cobrará por servicios calificados en un período de 12 meses a un paciente sin cobertura de seguro médico, con ingresos familiares menores o iguales al 600% de los Lineamientos federales de pobreza, es del 25% de los ingresos familiares de ese paciente. Caso por caso, el hospital determinará si amplía el monto máximo cobrable, igual o similar, en un período de 12 meses, a cualquier otro paciente que pague por cuenta propia y que sea elegible según FAP, con ingresos familiares

menores o iguales al 600% de los Lineamientos federales de pobreza, por servicios calificados. El hospital se reserva el derecho de excluir a pacientes que tienen activos con un valor superior al 600% de los Lineamientos federales de pobreza de la solicitud de este monto máximo cobrable en un período de 12 meses. Con el fin de determinar la aplicabilidad del monto máximo cobrable en un período de 12 meses, los siguientes activos no se deberán tomar en cuenta:

- a. La residencia principal del paciente sin cobertura de seguro médico.
- b. La propiedad personal exenta de adjudicación de conformidad con la Sección 12-1001 del Código de Procedimiento Civil de Illinois.
- c. Cualquier monto que se conserve en una jubilación o plan de retiro, pero, siempre y cuando las distribuciones y los pagos de la jubilación o el plan de retiro se puedan incluir como ingresos.

Para ser elegible para que se aplique este monto máximo a cargos posteriores, un paciente informará al hospital, en visitas de pacientes ambulatorios y admisiones de pacientes hospitalizados posteriores, que el paciente ha recibido anteriormente servicios calificados de parte del hospital y que se determinó que tiene derecho a recibir atención con descuento de conformidad con esta política.

7. Los activos no se consideran para determinar la elegibilidad para recibir ayuda económica de un paciente que paga por cuenta propia de conformidad con esta política, excepto con el fin de determinar la aplicabilidad del monto máximo cobrable en un período de 12 meses, el cual se describió anteriormente.

- H. Revisión de circunstancias inusuales/atenuantes. La Oficina administrativa del hospital está autorizada para aprobar excepciones a esta política sobre documentaciones y plazos, caso por caso, debido a circunstancias inusuales o atenuantes.
- I. Planes de pago/actividad de cobro:
 1. Las cláusulas de esta Sección aplican al cobro del hospital de cualquier saldo de pago particular, adeudado por un paciente que paga por cuenta propia, por atención de emergencia o atención necesaria por razones médicas.
 2. Antes de proseguir con el cobro a un paciente que paga por cuenta propia, el hospital dará al paciente que paga por cuenta propia la oportunidad de:
 - a. revisar la exactitud de la factura;
 - b. presentar una solicitud para recibir ayuda económica de conformidad con esta política; y
 - c. seleccionar un plan razonable de pago que ofrezca el hospital de conformidad con esta política.
 3. Toda la actividad de cobro sobre la cuenta de un paciente que paga por cuenta propia por la atención en cuestión, incluyendo el cobro de deudas referidas a un tercero, se suspenderá para los pacientes que presenten o completen posteriormente una Solicitud de ayuda económica antes del vencimiento del período de solicitud de 240 días o 30 días después de que se proporcione una solicitud de información adicional a un paciente, lo que ocurra posteriormente. En caso de que se determine que el paciente que paga por

cuenta propia es una persona elegible según FAP, el hospital devolverá todos los sobrepagos que superen el monto descontado que se determine que el paciente adeuda. Además, el hospital o la agencia de cobro de deudas revertirá todas las acciones de cobro extraordinarias (según se define a continuación) que se tomen contra la persona elegible según FAP e iniciarán un nuevo proceso. Las acciones de cobro extraordinarias se pueden reanudar para los pacientes que se consideren no elegibles para recibir ayuda económica de conformidad con esta política.

- 4 Acciones de cobro extraordinarias. Después de un período de ciento veinte (120) días a partir de la fecha de la primera cuenta de cobro posterior al alta, es posible que el hospital emprenda las siguientes acciones de cobro extraordinarias en contra de un paciente que pague por cuenta propia que no presente una Solicitud de ayuda económica, que no responda a las consultas del hospital con relación a una Solicitud de ayuda económica incompleta o que no cumpla con el plan de pago del paciente:

- a. remisión o venta de la deuda a un abogado o una agencia de cobro externa que no cumpla con la Sección IV.I.5 de esta política;
- b. remisión de la deuda a un abogado para emprender medidas legales; y

a pesar de que el hospital no reporta información de la deuda del paciente a agencias de reporte de crédito del consumidor u oficinas de crédito, no se prohíbe que una agencia de cobro externa, a la que se le remita o venda la deuda, reporte esta información y puede hacerlo.

- 5 Notificación de las acciones de cobro extraordinarias

- a. Antes de comenzar las acciones de cobro extraordinarias en contra de un paciente elegible según FAP, un paciente que paga por cuenta propia que no ha presentado una Solicitud de ayuda económica o un paciente que ha presentado una Solicitud de ayuda económica incompleta y no ha proporcionado la documentación solicitada u otra información que respalde la solicitud dentro de un plazo razonable, el hospital debe proporcionar al paciente una notificación con por lo menos 30 días de anticipación sobre las acciones de cobro extraordinarias que el hospital tiene la intención de emprender si el paciente no presenta una Solicitud de ayuda económica o no paga el monto adeudado dentro de los siguientes 120 días a partir de la primera cuenta de cobro posterior al alta. El aviso debe incluir una copia del resumen en lenguaje sencillo de esta política.
- b. Durante todas las comunicaciones verbales respecto a la facturación que inician al menos 30 días antes de comenzar las acciones de cobro extraordinarias, la Oficina administrativa del hospital notificará a un paciente elegible según FAP o a un paciente que paga por cuenta propia cuya elegibilidad no se ha determinado sobre las acciones de cobro extraordinarias que el hospital pretende emprender.
- c. El hospital no está obligado a proporcionar un aviso de 30 días antes de comenzar las acciones de cobro extraordinarias en contra de una persona que:

- i. presente una Solicitud de ayuda económica y se considere no elegible para recibir ayuda económica;
 - ii. no realice los pagos por atención médica u otra atención de emergencia y atención necesaria por razones médicas; o
 - iii. no presente una Solicitud de ayuda económica completa antes del final del período de solicitud o 30 días después de solicitar información o documentación adicional para respaldar una Solicitud de ayuda económica, lo que ocurra posteriormente.
- 6 En caso de que el hospital remita o venda la deuda de un paciente que paga por cuenta propia a un tercero antes del final del período de solicitud, el hospital obtendrá un acuerdo por escrito legalmente vinculante que incluirá las siguientes disposiciones:
 - a. El tercero se abstendrá de emprender acciones de cobro extraordinarias durante el período de 120 días que inicia en la fecha en que al paciente se le proporcione la primera cuenta de cobro posterior al alta, a menos que se haya presentado una Solicitud de ayuda económica completa y el hospital haya determinado que el paciente no es elegible para recibir ayuda económica de acuerdo con esta política.
 - b. El tercero suspenderá las actividades de cobro extraordinarias si un paciente presenta una Solicitud de ayuda económica durante el período de solicitud.
 - c. El tercero se abstendrá de cobrar intereses sobre la deuda que excedan la tasa vigente de acuerdo con la sección 6621(a)(2) en el momento en que se venda la deuda (o cualquier otra tasa de interés definida en aviso o guía publicada en el Boletín de Rentas Internas).
 - d. El hospital puede anular la deuda si determina que el paciente es elegible según FAP.
 - e. Si no se devuelve o anula, el comprador debe asegurarse de que el paciente no pague y que no tenga la obligación de pagar al hospital y al comprador juntos, más de lo que esté obligado a pagar como paciente elegible según FAP.
 - f. Si se aprueba la solicitud del paciente, el tercero revertirá cualquier actividad de cobro extraordinaria en contra del paciente.
 - g. El tercero solicitará a cualquier otra parte, a la que remita o venda la deuda, que ejecute un acuerdo escrito legalmente vinculante que incluya los términos de esta sección.

La venta o remisión de una deuda que cumpla con esta subsección no es una acción de cobro extraordinaria.

- 7 A las personas elegibles según FAP, que reciban ayuda económica parcial y que no puedan pagar el monto total de algún saldo descontado en un pago, se les ofrecerá un plan razonable de pago. Los planes de pago para pacientes que reciban descuentos parciales serán creados con cada paciente, caso por caso. Mientras se realicen los pagos, no se acumularán intereses al saldo de cualquier cuenta semejante, a menos que el

paciente haya elegido participar voluntariamente en un arreglo de pago a largo plazo que genere intereses que sean aplicados por un agente financiero externo.

8. Si un paciente sin cobertura de seguro médico o una persona elegible según FAP que reciba ayuda económica de conformidad con esta política demuestra claramente que no tiene suficientes ingresos ni activos para cumplir con sus obligaciones económicas, el hospital no tomará medidas legales en contra del paciente por el incumplimiento de pago de las facturas del hospital, siempre y cuando el paciente haya presentado toda la información pertinente requerida para determinar la elegibilidad económica y opciones razonables de pago y haya notificado al hospital sobre cualquier cambio material que pudiera afectar tales determinaciones.
9. Los términos de las actividades de cobro del hospital se describen con mayor detalle en su política 'Cobro al paciente'. Una copia de la política de Cobro al paciente se puede obtener sin costo en las áreas de admisión y registro, y en la Oficina administrativa del hospital.

I. Todos los agentes externos que presenten o cobren facturas en nombre del hospital están obligados a cumplir con esta política mediante un acuerdo escrito.

V. GESTIÓN DE REGISTROS:

- A. Se conservará un registro, impreso o electrónico, que refleje las determinaciones del hospital respecto a la ayuda económica, junto con una copia de la Solicitud de ayuda económica.
- B. Anualmente, se proporcionará un informe de ayuda económica ante el Informe de beneficios comunitarios (Community Benefit Report), de conformidad con la ley de Illinois. El informe incluirá:
 1. la Solicitud de ayuda económica;
 2. una copia de la Política de ayuda económica y de presunta elegibilidad;
 3. las estadísticas de ayuda económica que incluyen la cantidad de solicitudes presentadas, la cantidad de solicitudes aprobadas y la cantidad de solicitudes denegadas;
 4. el costo de la atención brindada (no cargos) usando el costo de operación más reciente disponible y la relación de costo a cargo asociada; y
 5. una descripción de la tecnología electrónica y de información usada en la administración de esta política.
- C. Es posible que el suministro de ayuda económica esté sujeto a cargos, ahora o en el futuro, de conformidad con la ley local, estatal o federal.

VI. PUBLICACIÓN DE LA POLÍTICA DE AYUDA ECONÓMICA:

El hospital emprende las iniciativas razonables para notificar e informar a los pacientes sobre su programa de ayuda económica y para identificar a los pacientes elegibles. Esta política de ayuda económica y de presunta elegibilidad, un resumen en lenguaje sencillo de esta política, la Política de cobro a los pacientes, la Solicitud de ayuda económica, los avisos y la información de contacto del asesor financiero están disponibles en inglés y español.

- A. El aviso informando a los visitantes que el hospital brinda ayuda económica de conformidad con esta política de ayuda económica está publicado visiblemente en todos los puntos de admisión y registro en el hospital (incluso en el Departamento de Emergencias). En todas las áreas de admisión y registro se puede encontrar la Política de ayuda económica del hospital, un resumen en lenguaje sencillo de la política y copias de la Solicitud de ayuda económica. La Política de ayuda económica del hospital, la Solicitud de ayuda económica y la información de contacto del asesor financiero también están publicadas en el sitio web del hospital en <http://www.swedishamerican.org/patients/financial-assistance-policy/>. Siempre que sea factible, el hospital emprende iniciativas para publicar su política en medios televisivos e impresos, incluyendo detalles sobre cómo obtener más información acerca de la política.
- B. Los procedimientos de registro y registro previo del hospital están diseñados para facilitar la identificación de los pacientes que posiblemente sean elegibles para recibir ayuda económica de conformidad con esta política. Los asesores financieros del hospital intentan contactar a todos los pacientes registrados que pagan por cuenta propia, durante una hospitalización del paciente para evaluar la necesidad económica. Si se indica, se usarán intérpretes para permitir una comunicación significativa con las personas que tengan un dominio limitado del idioma inglés.
- C. Antes del alta, a los pacientes que pagan por cuenta propia que reciban atención de paciente hospitalizado se les ofrecerá un resumen en lenguaje sencillo de la Política de ayuda económica del hospital y una copia de la Solicitud de ayuda económica. A todos los pacientes que pagan por cuenta propia en todos los departamentos para pacientes ambulatorios se les ofrece un resumen en lenguaje sencillo de la Política de ayuda económica en un momento apropiado, entre la admisión y el alta.
- D. Con la primera cuenta de cobro posterior al alta que se proporcione a cada paciente que pague por cuenta propia, el hospital incluirá una notificación importante, en la que se indica que los pacientes que paguen por cuenta propia y que cumplan ciertos requisitos de ingresos pueden calificar para recibir ayuda económica. La notificación incluirá el número de teléfono de la Oficina administrativa del hospital, que puede proporcionar al paciente la información sobre el proceso de Solicitud de ayuda económica y la dirección directa del sitio web (o URL) para tener acceso a copias de esta Política de ayuda económica, del resumen en lenguaje sencillo de esta política y de la Solicitud de ayuda económica.
- E. Se proporciona una copia de esta política, sin cargo alguno y a solicitud. Se puede obtener información adicional con relación a la Solicitud de ayuda económica y recibir ayuda con la solicitud por parte de la Oficina administrativa de SwedishAmerican Health System. Se puede comunicar a la Oficina administrativa llamando al 779-696-7150.

VII. AUTORIDAD:

Emitido y aprobado por el Presidente y Director General.

Presidente y Director General

Fecha