

Título: Política de Asistencia Financiera

Departamento Responsable: Ciclo de Ingresos, Sistemas de Ingresos	Fecha de creación: 12/01/2015
Quien(es) Aprueba(n)(s): Keith Page (Presidente)	Fecha de aprobación: 08/23/2023

Las copias impresas son solo para referencia. Favor refiérase a la copia electrónica para la última versión.

Esta política aplica a *Anderson Hospital*, *Anderson Medical Group (Grupo Médico Anderson)*, *Community Hospital of Staunton (Hospital Comunitario de Staunton)* y la *Community Clinic of Staunton (Clínica Comunitaria de Staunton)* (en conjunto, “*Anderson Healthcare*”).

Declaración de Política:

Anderson Healthcare es un sistema hospitalario independiente sin fines de lucro dedicado a crear un entorno de atención médica en el que la calidad de vida y la excelencia en el servicio sean experimentadas por nuestros pacientes, sus familias y la comunidad. *Anderson Healthcare* brinda atención de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios a pacientes que no tienen seguro, están subasegurados, no son elegibles para un programa gubernamental o no pueden pagar los cuidados médicamente necesarios según su situación financiera individual. Esta política identifica aquellas circunstancias en las que *Anderson Healthcare* puede brindar atención gratuita o con descuento basada en las necesidades financieras del paciente sin discriminación, independientemente de su incapacidad para pagar. Todos los pacientes elegibles para asistencia financiera no serán cobrados más de las cantidades generalmente facturadas a los pacientes con *Medicare* o seguros de salud privados de acuerdo con las regulaciones 501(r). Es política de *Anderson* agotar primero cualquier descuento disponible para el paciente no asegurado bajo la Ley de Descuento para Pacientes No Asegurados del Hospital y de entrar en un plan de pago para una factura que sea elegible para un descuento del 100% bajo la Ley de Descuento para Pacientes No Asegurados del Hospital.

Esta política de asistencia financiera también aplica para ciertos proveedores de *Anderson Medical Group* que facturan servicios profesionales a pacientes que reciben atención en *Anderson Hospital*, incluyendo, pero no limitados a, especialidades como Cirugía, Cardiología y Ortopedia. Esta política también se aplica a los proveedores de *Anderson Medical Group* que facturan servicios profesionales a pacientes que reciben atención en el *Community Hospital of Staunton*.

Los servicios no elegibles para Asistencia Financiera incluyen: servicios profesionales relacionados con la visita hospitalaria y facturados por proveedores que no son de *Anderson Medical Group*, servicios profesionales proporcionados por proveedores de *Anderson Medical Group* que no son aplicables a servicios en *Anderson Hospital* y *Community Hospital of Staunton*, Servicios de *Maryville Imaging* (Servicios de Imágenes de Maryville), procedimientos de contrato privado (principalmente Cosméticos), Rehabilitación Cardíaca Fase 3, Prótesis Auditivas y otros servicios no cubiertos por *Medicare*.

Los servicios profesionales de ciertos proveedores de *Anderson Medical Group* y otros proveedores que brindan servicios profesionales en *Anderson Healthcare* que no están cubiertos por esta política se enumeran en el apéndice de esta Política de Asistencia Financiera.

Anderson Healthcare cumplirá con la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible de 2010

Departamento Responsable: Ciclo de Ingresos, Sistemas de Ingresos	Fecha de creación: 12/01/2015
Quien(es) Aprueba(n)(s): Keith Page (Presidente)	Fecha de aprobación: 08/23/2023

Las copias impresas son solo para referencia. Favor refiérase a la copia electrónica para la última versión.

bajo la Sección 501(r), la Ley de Descuento para Pacientes No Asegurados del Hospital de Illinois y la Asistencia Financiera de Illinois bajo la Ley de Facturación Justa. Esta política ha sido adoptada por el órgano de cuerpo directivo de *Anderson Healthcare* de acuerdo con las regulaciones bajo la Sección 501(r). A lo largo del lenguaje de esta política, el término “paciente” se refiere al paciente y/o su garante.

Lineamientos/Procedimientos:

Definiciones:

- A. **Amounts Generally Billed - AGB (Montos Generalmente Facturados)** – cálculo de los montos generalmente facturados por atención de emergencia u otros cuidados médicamente necesarios a individuos que tienen seguro que cubre dicha atención. Este cálculo se realizará anualmente.
- B. **AGB Percentage (Porcentaje de AGB)** - porcentaje de los cargos brutos que *Anderson Healthcare* utiliza para determinar la cancelación de AGB para cualquier atención de emergencia u otros cuidados médicamente necesarios que brinde a un individuo que es elegible para asistencia bajo su política de asistencia financiera (*Financial Assistance Policy - FAP*).
- C. **Application Period (Período de Solicitud)** – período durante el cual *Anderson Healthcare* debe aceptar y procesar una solicitud de asistencia financiera bajo su FAP presentada por un individuo que haya hecho esfuerzos razonables para determinar si el individuo es elegible para FAP. Las directivas de *Anderson Healthcare* puede aceptar y procesar la solicitud de FAP de un individuo presentada fuera del período de solicitud por circunstancias excepcionales. Con respecto a cualquier atención proporcionada por *Anderson Healthcare* a un individuo, el período de solicitud comienza en la fecha en que se brinda la atención y termina en el día 240 después de la fecha en que se proporciona el primer estado de cuenta de facturación después del alta por la atención.
- D. **Bad Debt (Deuda Incobrable)** – cargo del período actual por cuentas actuales o esperadas dudosas resultantes de la extensión de crédito.
- E. **Charity Care (Atención de Caridad)** – atención proporcionada por un proveedor de atención médica para la cual el proveedor no espera recibir pago del paciente o un tercero pagador. La atención de caridad incluye el costo real de los servicios proporcionados según la relación total de costo a cargo derivada del informe de costo de *Medicare* más recientemente presentado por un hospital sin fines de lucro en la Hoja de Trabajo C y no basada en los cobros por los servicios. La atención de caridad no incluye deuda incobrable.
- F. **Culturally Competent (Culturalmente Competente)** – proporcionar servicios, apoyo u otra asistencia de manera que tenga la mayor probabilidad de garantizar la máxima participación y sea receptiva a las

Departamento Responsable: Ciclo de Ingresos, Sistemas de Ingresos	Fecha de creación: 12/01/2015
Quien(es) Aprueba(n)(s): Keith Page (Presidente)	Fecha de aprobación: 08/23/2023

Las copias impresas son solo para referencia. Favor refiérase a la copia electrónica para la última versión.

creencias, estilos interpersonales, actitudes, idiomas y comportamientos de las personas que reciben los servicios.

- G. **Eligibility (Elegibilidad)** – para *Anderson Healthcare* la asistencia financiera está definida por el ingreso del paciente/garante en función de una escala móvil en relación con las Pautas de Pobreza Federal (consultar Directrices/Procedimientos en esta política) u otros criterios según se indica a continuación:
1. Los pacientes deben ser residentes del Estado de Illinois para solicitar un descuento para no asegurados y probar la residencia en Illinois. La verificación aceptable de la residencia en Illinois incluirá uno de los siguientes:
 - a. Copia de la declaración de impuestos más reciente, formulario W-2, comprobantes de pago
 - b. Tarjeta de identificación emitida por el estado válida
 - c. Factura de servicios públicos residencial reciente
 - d. Contrato de arrendamiento
 - e. Tarjeta de registro de vehículo
 - f. Tarjeta de registro de votante
 - g. Dirección de correo al paciente no asegurado en una dirección de Illinois desde una fuente gubernamental u otra fuente confiable
 - h. Declaración de un familiar del paciente no asegurado que reside en la misma dirección y presenta verificación de residencia
 - i. Carta de un refugio para personas sin hogar, casa de transición u otro centro similar que verifique que el paciente no asegurado reside en ese centro
 - j. Licencia de conducción de visitante temporal
 2. Pacientes con ingresos anuales por debajo de las pautas de pobreza actuales federales y estatales y que no son elegibles para ningún programa de asistencia estatal o federal que proporcione cobertura de atención médica.
 3. Anderson deberá evaluar a cada paciente no asegurado para determinar la elegibilidad para:
 - a. Todos los programas de seguro de salud públicos disponibles, incluyendo, pero no limitado a:
 - i. *Medicare*
 - ii. *Medicaid*
 - iii. Los siguientes programas ofrecidos por el Departamento de Servicios Humanos:
 1. Beneficios médicos para víctimas no ciudadanas de trata de personas, tortura u otros crímenes graves;
 2. Beneficios de salud para adultos inmigrantes; y
 3. Beneficios de salud para adultos mayores inmigrantes;
 4. El programa *All Kids* de Illinois manejado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos; y

Departamento Responsable: Ciclo de Ingresos, Sistemas de Ingresos	Fecha de creación: 12/01/2015
Quien(es) Aprueba(n)(s): Keith Page (Presidente)	Fecha de aprobación: 08/23/2023

Las copias impresas son solo para referencia. Favor refiérase a la copia electrónica para la última versión.

5. Cualquier otro programa si hay una base razonable para creer que el paciente no asegurado puede ser elegible para el mismo.
4. Pacientes no asegurados o subasegurados que no califican para programas locales, estatales o federales y basados en el análisis de su situación financiera, se determina que el pago completo de la factura del hospital causaría dificultades financieras. Esta determinación puede requerir un pago parcial por parte del paciente.
5. Los pacientes que solicitan *Medicaid* y cumplen los requisitos de elegibilidad por ingresos, pero son rechazados luego por razones distintas de dificultades financieras. La falta de cooperación para cumplir con una compañía de seguros no es motivo de rechazo válido para ser elegible para asistencia financiera.
6. Para ser considerado bajo esta política, la persona debe cooperar con el hospital para proporcionar la información y documentación necesarias para solicitar otros recursos financieros existentes que puedan estar disponibles para pagar su cuidado médico, como *Medicare*, *Medicaid*, *AllKids* y otros planes (p.ej. mercado de salud de terceros). Anderson **no** puede condicionar la disponibilidad de un descuento y la cantidad máxima cobrable en función de la elegibilidad de un paciente no asegurado para programas específicos si el paciente se niega a solicitar un programa de seguro de salud público debido a preocupaciones relacionadas con las consecuencias de inmigración para el paciente, lo cual no será motivo para que el hospital niegue la asistencia financiera bajo la política de asistencia financiera del hospital.
7. Los pacientes asegurados deben cooperar con su compañía de seguros y proporcionar cualquier información solicitada (información de coordinación de beneficios, verificación de estudiante, etc.) antes de considerar la asistencia financiera. *Anderson Healthcare* cesará sus obligaciones hacia un paciente individual si el paciente no proporciona o se niega a proporcionar razonablemente a *Anderson Healthcare* información o documentación solicitada o si el paciente no solicita cobertura bajo cualquier programa público aplicable dentro de los 30 días posteriores a la solicitud de *Anderson Healthcare*.
8. Los pacientes asegurados que tienen un plan de mercado de salud y dejan de pagar sus primas de seguro de salud sin documentación de dificultades financieras no serán considerados para recibir asistencia financiera bajo esta política.
9. Los pacientes no asegurados pueden ser elegibles para un monto máximo cobrable del 20% del ingreso familiar del paciente, si se determina que son elegibles para asistencia financiera y si no poseen activos con un valor superior al 600% del nivel de pobreza federal (FPL). El máximo del 20% es para un período de 12 meses a partir de la fecha en que el paciente se vuelve elegible bajo la política de asistencia de caridad del hospital. Se excluyen de los activos en exceso la residencia principal del paciente; la propiedad personal exenta de cobros según la Sección 5/12-1001 del Código de Procedimiento Civil de Illinois; o cualquier monto mantenido en un plan de pensiones o jubilación. (Las distribuciones de un plan de jubilación se consideran ingresos y no están exentos).

Departamento Responsable: Ciclo de Ingresos, Sistemas de Ingresos	Fecha de creación: 12/01/2015
Quien(es) Aprueba(n)(s): Keith Page (Presidente)	Fecha de aprobación: 08/23/2023

Las copias impresas son solo para referencia. Favor refiérase a la copia electrónica para la última versión.

10. Un paciente no asegurado debe informar al hospital, por escrito, antes o después de cada visita posterior en el período de 12 meses que es elegible para el límite máximo cobrable. El monto máximo cobrable puede otorgarse a pacientes con seguro según cada caso.
 11. Pacientes cuyos familiares o amigos han proporcionado información que establece la incapacidad del paciente para pagar.
 12. Paciente fallecido sin patrimonio o sin otra parte económicamente responsable.
 13. Pacientes que son evaluados y/o identificados para recibir asistencia financiera por un Consultor Financiero de Acceso al Paciente o Asociado, empleados de Servicios Financieros para Pacientes o una agencia contratada por el hospital.
 14. Los pacientes no serán discriminados por motivos de raza, credo, color, origen nacional, sexo, orientación sexual o la presencia de alguna discapacidad sensorial, mental o física.
 15. Otras circunstancias pueden aplicar a discreción del Director de Sistemas de Ingresos, Director de Servicios Financieros para Pacientes o Vicepresidente/CFO.
- H. **Extraordinary Collection Action - ECA (Acción de Cobro Extraordinario)** – acciones tomadas por *Anderson Healthcare* contra un individuo relacionadas con la obtención del pago de una factura por atención cubierta por FAP del hospital que requieren proceso legal o judicial, o involucran la presentación de información adversa sobre un individuo a agencias de informes de crédito al consumidor o agencias de crédito.
- I. **FAP Application - FAP (Solicitud de FAP)** – información y documentación acompañante que un individuo presenta para solicitar asistencia financiera bajo la política de asistencia financiera de *Anderson Healthcare*. Se considera que un individuo ha presentado una solicitud de FAP completa si proporciona información y documentación suficiente para que *Anderson Healthcare* determine si el individuo es elegible para FAP. Una solicitud de FAP incompleta se considera si proporciona alguna, pero no suficiente, información y documentación para determinar la elegibilidad para FAP. El término “solicitud de FAP” no se refiere solo a solicitudes por escrito. *Anderson Healthcare* puede obtener información de un individuo por escrito o verbalmente (o una combinación de ambos).
- J. **FAP- Eligible (Elegible para FAP)** – individuos elegibles para asistencia financiera bajo la FAP de *Anderson Healthcare* para la atención cubierta por la FAP, independientemente de si un individuo ha solicitado asistencia bajo FAP.
- K. **Federal Poverty Guidelines - FPG (Lineamientos Federales de Pobreza)** – El gobierno federal establece y publica lineamientos de pobreza anuales en el Registro Federal. Los lineamientos comparan los ingresos anuales/mensuales de la familia con el tamaño de la familia/dependientes.
- L. **Family/Dependents (Familia/Dependientes)** – La unidad familiar es un grupo de individuos relacionados por parentesco, matrimonio, adopción o residencia, cuyos ingresos pueden aplicarse a los gastos médicos del paciente. Los hijos mayores de dieciocho años que no son estudiantes,

Departamento Responsable: Ciclo de Ingresos, Sistemas de Ingresos	Fecha de creación: 12/01/2015
Quien(es) Aprueba(n)(s): Keith Page (Presidente)	Fecha de aprobación: 08/23/2023

Las copias impresas son solo para referencia. Favor refiérase a la copia electrónica para la última versión.

menores emancipados y niños que viven bajo el cuidado de individuos que no son legalmente responsables de su manutención no se considerarán parte de la familia/dependientes a menos que esos individuos sean reclamados como dependientes en la declaración de impuestos del responsable.

- M. **Financial Assistance** (Asistencia Financiera) – descuento proporcionado a un paciente según los términos y condiciones que el hospital ofrece a pacientes calificados o según requerido por ley.
- N. **Financial Assistance Policy - FAP (Política de Asistencia Financiera)** – política por escrito que especifica todos los criterios de elegibilidad que un individuo debe satisfacer para recibir un descuento de asistencia financiera, atención gratuita u otro nivel de asistencia.
- O. **Family Income (Ingreso Familiar)** – suma de las ganancias anuales y los beneficios en efectivo de una familia de todas las fuentes antes de impuestos, menos los pagos realizados por manutención de menores.
- P. **Federal Poverty Income Guidelines (Lineamientos de Ingresos por Pobreza Federales)** – lineamientos de pobreza actualizadas periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
- Q. **Government-Sponsored Healthcare (Atención Médica Patrocinada por el Gobierno)** – costo no reembolsado para un hospital o sistema de salud de *Medicare*, la prestación de servicios de atención médica a beneficiarios de *Medicaid* y otros programas de atención médica federales, estatales o locales, cuya elegibilidad se basa en necesidades financieras.
- R. **Gross Charges (Cargos Brutos)** – precio completo y establecido por *Anderson Healthcare* por atención médica que el hospital factura de manera constante y uniforme a los pacientes antes de aplicar cualquier descuento contractual, descuento o deducción.
- S. **Healthcare Services (Servicios de Atención Médica)** – cualquier servicio hospitalario de hospitalización o atención ambulatoria médicamente necesario, incluidos medicamentos o suministros proporcionados por un hospital a un paciente.
- T. **Healthcare Scoring (Puntuación de Atención Médica)** – método para definir y demostrar las necesidades de la comunidad y reconociendo que algunos pacientes no responderán al proceso de solicitud de asistencia financiera. En ausencia de información proporcionada por el paciente o en casos en los que la información proporcionada por el paciente sea incompleta o para evaluar con fines de comparación, se utilizará un proceso de evaluación que utilice un modelo predictivo para evaluar y calificar a los pacientes (antes o después del servicio) para la asistencia financiera. El modelo predictivo incorpora estimaciones de ingresos y tamaño del hogar, un factor de necesidad

Departamento Responsable: Ciclo de Ingresos, Sistemas de Ingresos	Fecha de creación: 12/01/2015
Quien(es) Aprueba(n)(s): Keith Page (Presidente)	Fecha de aprobación: 08/23/2023

Las copias impresas son solo para referencia. Favor refiérase a la copia electrónica para la última versión.

socioeconómica, así como información sobre la propiedad de la vivienda. Estos datos se calibrarán para emular la política de asistencia financiera del hospital y los factores económicos locales (porcentaje del nivel de pobreza federal).

- U. **Illinois Discount (Descuento de Illinois)** – los requisitos estatales de Illinois relacionados con pacientes no asegurados se definen como cargos descontados al 135% del costo (70% de los cargos en *Anderson Hospital* y 65% en *Community Hospital of Staunton*) determinado al aplicar la relación de costo a cargos (*ratio of cost to charges- RCC*) del informe de costos de *Medicare* más recientemente presentado al proyecto de ley del paciente no asegurado. La fórmula real para el descuento es $[1 - (RCC \times 1.35) \times \text{cargos}]$, aplicable solo a cargos que superen los \$150 en cualquier admisión de paciente hospitalizado o encuentro ambulatorio.
- V. **Illinois Resident (Residente del Estado de Illinois)** – cualquier persona que viva en Illinois y que tenga la intención de seguir viviendo en Illinois indefinidamente. La reubicación en Illinois con el único propósito de recibir beneficios de atención médica no satisface el requisito de residencia.
- W. **Insured Patients (Pacientes Asegurados)** – pacientes con cobertura médica para servicios hospitalarios con copagos designados, coaseguro, deducibles y/o responsabilidades financieras de pacientes de pago con dinero de bolsillo. Un paciente representado por un abogado que busca cobertura de responsabilidad de terceros por los servicios prestados será considerado un paciente asegurado hasta que se finalice la litigación pendiente, por lo tanto, no es elegible para asistencia financiera.
- X. **Medical Debt (Deuda Médica)** – deuda que surge de la recepción de servicios de atención médica.
- Y. **Medically Necessary (Médicamente Necesario)** – cualquier servicio hospitalario de hospitalización o atención ambulatoria médicamente necesario, incluidos medicamentos o suministros proporcionados por un hospital a un paciente, cubierto por el Título XVIII de la Ley Federal de Seguro Social para beneficiarios con la misma presentación clínica que un paciente no asegurado. Un servicio “médicamente necesario” no incluye ninguno de los siguientes:
 - a. Servicios no médicos como servicios sociales y vocacionales.
 - b. Cirugía estética electiva, pero no cirugía plástica diseñada para corregir deformidades causadas por lesiones, enfermedades o defectos o deformidades congénitas.
 - c. Servicios no elegibles para Asistencia Financiera, que incluyen procedimientos de Contrato Privado (principalmente Cosméticos), Rehabilitación Cardíaca de Fase 3 y Prótesis auditivas.
- Z. **Net Patient Revenue (Ingresos Netos del Paciente)** – ingresos por servicios brutos de atención médica menos provisiones para ajustes contractuales con terceros pagadores, descuentos de cortesía y póliza u otros ajustes y deducciones, excluyendo la atención de caridad.

Departamento Responsable: Ciclo de Ingresos, Sistemas de Ingresos	Fecha de creación: 12/01/2015
Quien(es) Aprueba(n)(s): Keith Page (Presidente)	Fecha de aprobación: 08/23/2023

Las copias impresas son solo para referencia. Favor refiérase a la copia electrónica para la última versión.

AA. **Substantial Assets (Activos Sustanciales)** – activos relacionados con los requisitos estatales de Illinois con respecto a descuentos para pacientes no asegurados se define como un valor superior al 600% del nivel de pobreza federal (FPL) en áreas urbanas y 300% en áreas rurales. Los activos excluidos para su consideración son la residencia principal del paciente; propiedad personal exenta de recaudo según la Sección 5/12-1001 del Código de Procedimiento Civil de Illinois y cualquier cantidad en un plan de pensiones o jubilación.

BB. **Plain Language Summary of the FAP (Resumen en Lenguaje Sencillo de la FAP)** – declaración escrita que notifica a un individuo que *Anderson Healthcare* ofrece asistencia financiera bajo una FAP y proporciona la siguiente información adicional en un lenguaje claro, conciso y fácil de entender. Incluye:

1. Una breve descripción de los requisitos de elegibilidad y la asistencia ofrecida bajo la FAP
2. Un resumen breve de cómo solicitar asistencia bajo la FAP
3. La dirección directa del sitio web (o URL) y ubicaciones físicas donde el individuo puede obtener copias de la FAP y el formulario de solicitud de la FAP
4. Instrucciones sobre cómo el individuo puede obtener una copia gratuita de la FAP y el formulario de solicitud de la FAP por correo
5. La información de contacto, incluyendo número de teléfono y ubicación a la que el individuo puede acudir para obtener ayuda
6. Una declaración de la disponibilidad de traducciones de la FAP, el formulario de solicitud de la FAP y el resumen en lenguaje sencillo de la FAP en otros idiomas, si aplica
7. Una declaración de que un individuo elegible para la FAP no puede ser cobrado más los montos generalmente facturados (AGB) por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria

CC. **Presumptive FAP-eligibility determination (Determinación Presuntiva de Elegibilidad para la FAP)** – determinación que un individuo es elegible para la FAP basada en información que no proporciona el individuo o basada en una determinación previa de elegibilidad para la FAP.

DD. **Presumptive Eligibility -Illinois only (Elegibilidad Presuntiva - solo para Illinois)** – son aquellos pacientes no asegurados que se presume que son elegibles para descuentos de asistencia de caridad en función de las circunstancias de vida individuales (Elegibilidad Presuntiva). Los pacientes no asegurados de Illinois se evalúan para la Elegibilidad Presuntiva antes de emitir cualquier factura por los servicios de atención médica proporcionados por el hospital. Se puede presumir que dichos pacientes son elegibles para un 100% de caridad sin completar una solicitud de asistencia financiera, cuando aplique al menos una de las siguientes circunstancias para el paciente:

1. Es elegible para *Medicaid*, pero no elegible en la fecha del servicio o para servicios no cubiertos;
2. No tiene hogar;
3. Ha fallecido y no tiene patrimonio;
4. Tiene incapacidad mental sin que alguien actúe en su nombre;

Departamento Responsable: Ciclo de Ingresos, Sistemas de Ingresos	Fecha de creación: 12/01/2015
Quien(es) Aprueba(n)(s): Keith Page (Presidente)	Fecha de aprobación: 08/23/2023

Las copias impresas son solo para referencia. Favor refiérase a la copia electrónica para la última versión.

5. Esté inscrito en los siguientes programas de asistencia para personas de bajos ingresos con criterios de elegibilidad en o por debajo del 200% de los lineamientos federales de ingresos por pobreza:
 - a. *Women, Infants and Children Nutrition Program - WIC* (Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños);
 - b. *Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP* (Programa de Asistencia para Nutrición Suplementaria);
 - c. *Illinois Free Lunch and Breakfast Program* (Programa de Desayuno y Almuerzo Gratuitos de Illinois);
 - d. *Low Income Home Energy Assistance Program - LIHEAP* (Programa de Asistencia para la Energía en el Hogar de Bajos Ingresos);
 - e. Inscripción en un programa comunitario organizado que brinda acceso a atención médica y evalúa y documenta el estado financiero limitado de bajos ingresos como criterio de membresía;
 - f. Aceptación de asistencia de subvención para servicios médicos
 - g. Asistencia Temporal para Familias Necesitadas
 - h. La puntuación de atención médica indica que se ha cumplido la elegibilidad presuntiva.

EE. **Reasonable Payment plan (Plan de Pago Razonable)** – plan para pagar una factura del hospital que se ofrece al paciente o al representante legal del paciente y tiene en cuenta los ingresos y activos disponibles del paciente, la cantidad adeudada y cualquier pago previo. Un plan de pago razonable no incluye un plan de pago que requiere que un paciente pague montos que el hospital sabe o debería saber que son elegibles para un descuento bajo la Ley de Descuentos para Pacientes No Asegurados del Hospital.

FF. **Screen or “screening” (Evaluación o “evaluación”)** – proceso mediante el cual un hospital se comunica con un paciente no asegurado para revisar si las circunstancias del paciente son propicias para los criterios de elegibilidad para la asistencia financiera que ofrece el hospital o que el hospital conoce, seguros de salud públicos o atención con descuento. Esto no se limita a informar al paciente sobre la evaluación del hospital, documentar las circunstancias de la evaluación en el expediente del paciente y ayudar con la finalización de la solicitud o proporcionar información al paciente sobre cómo puede inscribirse o solicitar la asistencia.

- a. Los pacientes no deben ser indebidamente facturados, direccionados a planes de pago o cobrados si son elegibles para asistencia financiera del hospital o cobertura de seguro de salud pública.
- b. *Anderson* tiene la obligación de proporcionar asistencia financiera a los pacientes no asegurados. Para promover el bienestar general, *Anderson* no debe intentar cobrar una deuda a un paciente no asegurado sin primero evaluar adecuadamente al paciente para determinar la elegibilidad para inscribirse en programas de seguro de salud pública y asistencia financiera y ayudar al paciente a obtener la asistencia financiera para la cual el paciente es elegible.

Departamento Responsable: Ciclo de Ingresos, Sistemas de Ingresos	Fecha de creación: 12/01/2015
Quien(es) Aprueba(n)(s): Keith Page (Presidente)	Fecha de aprobación: 08/23/2023

Las copias impresas son solo para referencia. Favor refiérase a la copia electrónica para la última versión.

- c. Toda la información proporcionada a un paciente no asegurado para una evaluación debe estar en el idioma principal del paciente, redactada de manera fácil de entender y proporcionada de manera culturalmente competente y adecuada. La información proporcionada durante una evaluación a un paciente no asegurado de forma verbal puede incluir el uso de servicios de interpretación profesional. La información proporcionada durante una evaluación por escrito a un paciente no asegurado debe estar en el idioma principal del paciente o, si aplica, en el idioma principal del representante legal del paciente no asegurado.
- d. Si un paciente no asegurado rechaza la evaluación, *Anderson* deberá documentar el consentimiento informado y por escrito del paciente no asegurado para rechazar la evaluación, incluyendo la fecha y el método mediante el cual el paciente no asegurado la rechazó. La decisión de un paciente no asegurado de rechazar una evaluación se considera una defensa válida en caso de que el paciente no asegurado presente una reclamación, siempre y cuando la documentación contemporánea hospitalaria demuestre que la decisión de rechazar la evaluación fue informada y presentada en el idioma principal del paciente no asegurado.
- e. *Anderson* debe evaluar a un paciente no asegurado en el momento más razonable posible, lo que en todas las circunstancias significa antes de emitir una factura al paciente no asegurado. Después de la evaluación, *Anderson* informará al paciente no asegurado de la evaluación de su situación.
- f. Si una evaluación indica que el paciente no asegurado puede ser elegible para asistencia financiera, el hospital deberá ayudar al paciente no asegurado a solicitar la asistencia financiera.
- g. Si una evaluación indica que el paciente no asegurado puede ser elegible para asistencia financiera, el hospital proporcionará información al paciente no asegurado detallando cómo el paciente no asegurado puede inscribirse en la asistencia financiera, incluyendo, pero no limitado a, referir al paciente no asegurado a un tercero que brinde asistencia gratuita e imparcial para la elegibilidad y la inscripción, tal como *Federally Qualified Health Centers - FQHCs* (Centros de Salud Federalmente Calificados), programas ofrecidos por el Departamento de Servicios Humanos u cualquier otro recurso reconocido por el Estado como diseñado para ayudar a las personas no aseguradas a obtener cobertura de atención médica.
- h. La fecha en que se realice la evaluación de un paciente no asegurado o la fecha en que esté pendiente una decisión sobre la elegibilidad del paciente no asegurado para la asistencia financiera, cualquiera que aplique, es la fecha de inicio de cualquier plazo para que el paciente no asegurado presente una solicitud al hospital para asistencia financiera. Si la solicitud del paciente no asegurado es aprobada, *Anderson* no iniciará acciones de cobranza contra el paciente no asegurado. Si la solicitud del paciente no asegurado es rechazada, el hospital volverá a evaluar al paciente no asegurado y el plazo para presentar una solicitud de asistencia financiera comenzará de nuevo.
- i. Si el hospital es contactado por un paciente asegurado en respuesta a una factura emitida

Departamento Responsable: Ciclo de Ingresos, Sistemas de Ingresos	Fecha de creación: 12/01/2015
Quien(es) Aprueba(n)(s): Keith Page (Presidente)	Fecha de aprobación: 08/23/2023

Las copias impresas son solo para referencia. Favor refiérase a la copia electrónica para la última versión.

por el hospital al paciente asegurado, el hospital deberá evaluar al paciente asegurado para atención con descuento en el momento más razonable si el paciente asegurado proporciona información que sugiere su incapacidad para pagar la factura; o si el hospital obtiene información que sugiere la incapacidad del paciente asegurado para pagar, o las circunstancias sugieren la incapacidad del paciente asegurado para pagar la factura.

j. **Underinsured Patients (Pacientes con Cobertura Insuficiente)** – individuos que tienen seguro médico pero tienen una cobertura financiera insuficiente para atender sus necesidades médicas. Esto incluye planes de salud con deducibles altos, coaseguro, servicios no cubiertos, etc. Los pacientes que se nieguen o no proporcionen información sobre otra cobertura pueden no ser elegibles para asistencia financiera.

k. **Uninsured Discount (Descuento para Pacientes no Asegurados)** – cobros de un hospital multiplicados por el factor de descuento para pacientes no asegurados.

GG. **Uninsured Discount Factor (Factor de Descuento para Pacientes no Asegurados)** – 1.0 menos el producto de la relación de costo a cargos del hospital multiplicado por 1.35.

HH. **Uninsured Discount Eligibility Criteria (Criterios de Elegibilidad para el Descuento para Pacientes no Asegurados)** con respecto a los requisitos del estado de Illinois relacionados con pacientes no asegurados se define como tener un ingreso familiar que no sea superior al 600% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) en áreas urbanas y al 300% en áreas rurales. (Ingreso familiar en este contexto se define como las ganancias anuales de una familia y los beneficios en efectivo de todas las fuentes antes de impuestos [incluyendo distribuciones y pagos de pensiones o planes de jubilación] menos los pagos por manutención de menores). Los descuentos disponibles según la ley de Illinois solo son obligatorios para los “residentes” como una persona que vive en Illinois y que tiene la intención de permanecer viviendo en Illinois indefinidamente. *Anderson Healthcare* calculará anualmente el 135% de los costos del hospital para brindar servicios, en comparación con los montos generalmente facturados (AGB) para determinar qué método proporciona un mayor descuento para cumplir con los requisitos del estado de Illinois y los requisitos de la sección 501(r).

II. **Uninsured Patient (Paciente no Asegurado)** – un residente de Illinois que es paciente de un hospital y no está cubierto por una póliza de seguro médico ni es beneficiario de un programa de seguro médico público o privado, beneficios para la salud u otro programa de cobertura médica, incluyendo planes de seguro médico con deducibles altos, compensación laboral, seguro de responsabilidad por accidentes o responsabilidad de terceros.

Notificación

A. Todos los pacientes registrados para los servicios hospitalarios de *Anderson Healthcare* recibirán un

Departamento Responsable: Ciclo de Ingresos, Sistemas de Ingresos	Fecha de creación: 12/01/2015
Quien(es) Aprueba(n)(s): Keith Page (Presidente)	Fecha de aprobación: 08/23/2023

Las copias impresas son solo para referencia. Favor refiérase a la copia electrónica para la última versión.

resumen en lenguaje sencillo como parte del proceso de admisión. El resumen en lenguaje sencillo será una declaración por escrito que notifica a la persona que *Anderson Healthcare* ofrece asistencia financiera bajo su política de asistencia financiera.

- B. Las políticas de asistencia financiera son transparentes y estarán disponibles para la comunidad, incluyendo los criterios de elegibilidad y cómo solicitar asistencia financiera. Hay disponibilidad de copias impresas gratuitas de las políticas de asistencia financiera en todas las áreas de admisión, además de estar publicadas en los sitios web de *Anderson Hospital* y *Community Hospital of Staunton*.
- C. *Anderson Healthcare* publicará de manera prominente y conspicua versiones completas y actualizadas de los documentos de asistencia financiera y otra información de solicitud en el sitio web de *Anderson Hospital* y *Community Hospital of Staunton* en inglés y español, en cumplimiento con la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud asequible de 2010 bajo la Sección 501(r). Se publicará lo siguiente:
 - 1. *Financial Assistance Policy -FAP* (Política de Asistencia Financiera)
 - 2. *Financial Assistance Application Form - FAA* (Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera)
 - 3. *Plain Language Summary -PLS* (Resumen en Lenguaje Sencillo)
 - 4. Información sobre cómo visitar a un Consultor Financiero en el departamento de Acceso al Paciente entre las 8 a.m. y 4:30 p.m.
 - 5. Cómo obtener una solicitud en cualquier recepción de registro hospitalario, incluyendo el Departamento de Emergencias
 - 6. Cómo solicitar asistencia financiera después de que se hayan prestado servicios hospitalarios y se haya recibido una factura llamando al 1-877-444-6382
 - 7. Cómo solicitar asistencia financiera si los servicios fueron proporcionados por un proveedor del Grupo Médico Anderson llamando al 1-866-724-6658
- D. *Anderson Healthcare* proporcionará un aviso conspicuo en cada estado de cuenta de facturación del paciente sobre la disponibilidad de asistencia financiera. El aviso también hará referencia al descuento para pacientes no asegurados según la legislación para residentes de Illinois.
- E. **Emergency Medical Care (Atención Médica de Emergencia)** – *Anderson Healthcare* prohibirá actividades de cobro de deudas, tales como copagos, que interfieran con la entrega, sin discriminación, de atención médica de emergencia, sin importar dónde ocurran tales actividades. Los Registradores de Acceso de Pacientes de *Anderson Healthcare* están capacitados para evitar actividades de cobro durante el proceso de registro que puedan retrasar la provisión de evaluación y tratamiento para una condición médica de emergencia. Se prohíben las acciones de solicitar pago inmediato antes o mientras se proporciona evaluación o tratamiento estabilizante para condiciones médicas de emergencia bajo esta política.

Departamento Responsable: Ciclo de Ingresos, Sistemas de Ingresos	Fecha de creación: 12/01/2015
Quien(es) Aprueba(n)(s): Keith Page (Presidente)	Fecha de aprobación: 08/23/2023

Las copias impresas son solo para referencia. Favor refiérase a la copia electrónica para la última versión.

Métodos de Cálculo del Descuento de Asistencia Financiera de Anderson Healthcare

- A. *Anderson Healthcare* ha establecido una política de asistencia financiera que proporciona asistencia financiera a personas no aseguradas y subaseguradas. Los descuentos son:

Anderson Hospital:

<u>Ingreso familiar como porcentaje del FPL</u>	<u>Porcentaje de Descuento de los Cargos</u>
Hasta 200% de los Lineamientos Federales de Pobreza	100% (atención gratuita)
201% - 300%	90%
301% - 400%	80%
401% - 600%	73%

Community Hospital of Staunton:

<u>Ingreso familiar como porcentaje del FPL</u>	<u>Porcentaje de Descuento de los Cargos</u>
Hasta 125% de los Lineamientos Federales de Pobreza	100% (atención gratuita)
126%-200%	75%
201%-300%	50%

Anderson Healthcare cumplirá con la Ley de Descuento para Pacientes no Asegurados de Hospitales de Illinois, la Ley de Asistencia Financiera en virtud de la Ley de Facturación Justa de Illinois y la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud asequible de 2010, 501(r)(3)-(6). Los descuentos proporcionados a los pacientes de *Anderson Healthcare* que califiquen bajo esta legislación se clasificarán como ajustes de caridad.

El porcentaje mínimo de descuento financiero (ajuste de caridad) se calcula de acuerdo con las regulaciones de la sección 501(r) - 5(b). *Anderson Healthcare* ha optado por utilizar el método de mirar hacia atrás para determinar los Montos Generalmente Facturados (AGB) del hospital. *Anderson Healthcare* calculó los montos generalmente facturados (AGB) en función de todas las reclamaciones permitidas por *Medicare* y las aseguradoras de salud privadas durante un período de 12 meses especificado, dividido por los cargos brutos asociados para esas reclamaciones. Este cálculo se realiza anualmente y cualquier cambio que se realice en el porcentaje de AGB entrará en vigencia dentro de los 120 días posteriores al final del período de 12 meses utilizado en el cálculo del porcentaje de AGB. Las preguntas sobre el porcentaje de AGB de *Anderson Healthcare* se pueden dirigir al Consultor Financiero de *Anderson Healthcare*.

- B. El monto máximo que puede ser cobrado en un período de 12 meses por servicios de atención médica proporcionados por el hospital a un paciente determinado por ese hospital como elegible según la subsección (a) es el 20% del ingreso familiar del paciente y está sujeto a la elegibilidad continua del paciente. El período de 12 meses al que se aplica el límite máximo comenzará en la primera fecha en que un paciente no asegurado reciba servicios que se determinen elegibles para el

Departamento Responsable: Ciclo de Ingresos, Sistemas de Ingresos	Fecha de creación: 12/01/2015
Quien(es) Aprueba(n)(s): Keith Page (Presidente)	Fecha de aprobación: 08/23/2023

Las copias impresas son solo para referencia. Favor refiérase a la copia electrónica para la última versión.

descuento para pacientes no asegurados en ese hospital. Para ser elegible para que se aplique el monto máximo a cobros posteriores, el paciente no asegurado deberá informar al hospital sobre ingresos posteriores como paciente interno o asistencia ambulatoria que el paciente haya recibido previamente servicios de atención médica en ese hospital y se haya determinado que tiene derecho al descuento para pacientes no asegurados.

- C. Para efectos de la limitación de cargos de la sección 501(r), se considera que un individuo elegible para asistencia financiera es “cobrado” (responsabilidad del paciente) solo el monto por el cual él o ella es personalmente responsable de pagar después de que se hayan aplicado todas las deducciones y descuentos y menos cualquier cantidad reembolsada por aseguradoras (es decir, deducibles, coaseguros, copagos). Al determinar la elegibilidad para la asistencia financiera, a un individuo no se le cobrará más de los montos generalmente facturados por atención de emergencia u otra atención médica necesaria.
- D. Los pacientes no asegurados están excluidos de la asistencia financiera cuando el paciente posee activos con un valor superior al 600% del nivel federal de pobreza o 300% en áreas rurales, sin contar los siguientes activos: la residencia principal del paciente no asegurado; propiedad personal, excepto de acuerdo a sentencia bajo la Sección 12-1001 del Código de Procedimiento Civil; o cualquier cantidad en un plan de pensión o jubilación, siempre que las distribuciones y pagos de planes de pensión o jubilación con tal que, sin embargo, puedan incluirse como ingresos a los efectos de la ley.

Proceso de Evaluación y Solicitud

- A. *Anderson Healthcare* evaluará a los pacientes no asegurados para elegibilidad presuntiva tan pronto como sea posible (antes o después de recibir servicios de atención médica) y antes de emitir cualquier factura por esos servicios de atención médica sin más escrutinio por parte del hospital. El personal de Acceso del Paciente utilizará un cuestionario de registro y una puntuación de atención médica como medio de evaluación cuando un paciente no tenga seguro. Para los pacientes que cumplan con los criterios de elegibilidad presuntiva, los Servicios Financieros al Paciente descontarán la responsabilidad financiera del paciente en un 100% si se cumplen cualquiera de las siguientes condiciones:
 - 1. No hay cobertura de terceros disponible
 - 2. El paciente ya es elegible para asistencia (es decir, *Medicaid*), pero los servicios no están cubiertos
 - 3. Los beneficios de *Medicare* o *Medicaid* se han agotado y el paciente no tiene más capacidad de pago
 - 4. El paciente cumple con los requisitos de atención benéfica del estado de Illinois
- B. Con el fin de evaluar las necesidades individuales, los Consultores Financieros de Acceso al Paciente

Departamento Responsable: Ciclo de Ingresos, Sistemas de Ingresos	Fecha de creación: 12/01/2015
Quien(es) Aprueba(n)(s): Keith Page (Presidente)	Fecha de aprobación: 08/23/2023

Las copias impresas son solo para referencia. Favor refiérase a la copia electrónica para la última versión.

de *Anderson Healthcare* y los Asociados (o agentes contratados) pueden proporcionar al paciente una solicitud de Asistencia Financiera y revisar con el paciente la información necesaria y la documentación requerida para completar el proceso de elegibilidad.

- C. Los pacientes son notificados de los programas de asistencia financiera del hospital durante todo el ciclo de facturación. Los estados de cuenta enviadas al paciente proporcionan una breve descripción de cómo solicitar asistencia financiera.
- D. Los pacientes reciben estados de cuenta cada mes durante un período de 120 días antes que la cuenta pueda ser referida a una agencia externa para actos adicionales de cobranza.
- E. En caso que un paciente pregunte sobre la asistencia financiera, se le envía un resumen en lenguaje sencillo que incluye una lista de la documentación de soporte requerida.
- F. La solicitud de asistencia financiera contiene una nota que establece que, si un paciente cumple con los criterios de elegibilidad presuntiva o es presuntamente elegible debido al ingreso económico familiar del paciente, al paciente no se le requerirá llenar las partes de la solicitud de asistencia financiera que aborden la información sobre los gastos mensuales y las cifras estimadas de gastos.
- G. Una vez que se recibe una solicitud de asistencia financiera, se suspenden todas las actividades de cobro hasta que se conozca el resultado de la determinación de la solicitud. En caso que se reciba una solicitud y la cuenta ya haya sido referida a una agencia externa de cobro, se notifica a la agencia y se suspende la cuenta hasta que se conozca el resultado de la solicitud.
- H. Luego se evalúa la solicitud para determinar si se incluyen todos los documentos necesarios para tomar una decisión. Si todos los documentos están incluidos, se procesa la información de la solicitud del paciente y se toma una determinación.
- I. Se proporciona una carta de determinación a cada paciente que solicita asistencia financiera dentro de los 21 días posteriores a la entrega de la solicitud. La carta de determinación documenta específicamente el resultado de la solicitud.
- J. Cuando se aprueba una solicitud de asistencia financiera y se determina que el paciente califica para asistencia completa o parcial, el descuento se aplicará retroactivamente a todas las cuentas que califiquen dentro de los 365 días a partir del primer estado de cuenta posterior al alta. Las cuentas de pacientes se documentan y se agrega el ajuste correspondiente a la(s) cuenta(s). Se notifica a la agencia de cobro externa correspondiente para que suspenda las actividades de cobro y las cuentas se procesan con el descuento adecuado.
- K. En caso que el paciente no califique para la asistencia financiera y se rechace la solicitud, se

Departamento Responsable: Ciclo de Ingresos, Sistemas de Ingresos	Fecha de creación: 12/01/2015
Quien(es) Aprueba(n)(s): Keith Page (Presidente)	Fecha de aprobación: 08/23/2023

Las copias impresas son solo para referencia. Favor refiérase a la copia electrónica para la última versión.

envía una carta de determinación que explique el motivo del rechazo al paciente. Luego se elimina la suspensión de la cuenta y se reanuda el proceso de cobro.

- L. En caso de que un paciente no haya entregado todos los documentos necesarios para procesar su solicitud, se envía una carta de determinación al paciente junto con una lista de los documentos necesarios para completar la solicitud.
- M. Se instruye al paciente a devolver los elementos pendientes en un plazo de 10 días a partir de la fecha de la solicitud. Sin embargo, una solicitud permanecerá válida hasta 30 días en caso que el paciente devuelva los documentos después del período recomendado de 10 días.
- N. *Anderson Healthcare* proporcionará a las personas ocho meses (240 días) después de la primera factura posterior al alta para solicitar asistencia financiera, a fin de considerar que han realizado esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para FAP.
- O. *Anderson Healthcare* proporcionará a un paciente que ha sido determinado como elegible para atención gratuita con documentación por escrito de esa determinación de elegibilidad. No se requiere un estado de cuenta con saldo cero que indique que no se debe nada por la atención.
- P. Si un paciente presenta una solicitud de asistencia financiera y se determina que es elegible, *Anderson Healthcare* debe reembolsar cualquier monto que el individuo haya pagado por la atención y que exceda la cantidad que se determine que es personalmente responsable de pagar como individuo elegible. Existe una excepción a este requisito general de reembolso, según la cual *Anderson Healthcare* no está obligado a reembolsar pagos en exceso de menos de \$5.
- Q. Las solicitudes de saldos de cuentas o servicios estimados que superen los \$5,000 en saldos de cuentas deben ser aprobadas por el Director de Servicios Financieros al Paciente o el Director de Sistemas de Ingresos.
- R. Las solicitudes de saldos de cuentas o servicios estimados que superen los \$25,000 en saldos de cuentas deben ser aprobadas por el Vicepresidente/Director Financiero (CFO).

Documentación de Soporte

A menos que un paciente no asegurado de Illinois haya demostrado un 100% de elegibilidad presuntiva para asistencia financiera de acuerdo con esta política, se solicitan los siguientes documentos para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera:

- a. Listado de recursos financieros disponibles del paciente (patrimonio neto).
- b. Últimos dos (2) estados de cuenta de cuentas corrientes, de ahorros, acciones, bonos, anualidades, etc.

Departamento Responsable: Ciclo de Ingresos, Sistemas de Ingresos	Fecha de creación: 12/01/2015
Quien(es) Aprueba(n)(s): Keith Page (Presidente)	Fecha de aprobación: 08/23/2023

Las copias impresas son solo para referencia. Favor refiérase a la copia electrónica para la última versión.

- c. Últimos tres (3) comprobantes de pago o estados de ingresos como prueba de ingresos familiares.
- d. Declaración de impuestos federales del año anterior y W-2.
- e. Si un solicitante no tiene ninguno de los documentos enumerados para demostrar ingresos familiares, puede llamar al Consultor Financiero de Anderson Hospital para hablar de otras pruebas confiables que pueda proporcionar para demostrar elegibilidad. Se puede proporcionar información adicional a través de una presentación por escrito, verbalmente o una combinación de ambas.
- f. Otra información solicitada por *Anderson Healthcare* (por ejemplo, carta de rechazo de *Medicaid*, carta de Beneficio de Soporte o Asistencia Pública o Cupones de Alimentos, o documentación para demostrar la residencia en Illinois).
- g. Formulario 4506-T del Servicio de Impuestos Internos (IRS) si es aplicable.

Determinación de Elegibilidad

- A. Cada solicitud se revisará de manera independiente y se harán concesiones por circunstancias atenuantes basadas en el buen juicio y factores mitigantes. *Anderson Healthcare* se reserva el derecho de revisar informes de crédito o cualquier otro método para validar la información presentada en la solicitud de asistencia financiera.
- B. La parte de las facturas médicas pendientes e impagas del paciente que excede lo que el paciente puede pagar en cuotas durante cinco (5) años se consideran costos médicos catastróficos y será elegible para asistencia financiera. Cualquier acuerdo de pago como resultado del proceso catastrófico debe hacerse a través del programa de préstamos bancarios.
- C. La disponibilidad de un descuento de asistencia financiera y el monto máximo cobrable depende que el paciente no asegurado primero solicite cobertura bajo programas de seguro de salud público, como *Medicare*, *Medicaid*, *AllKids*, el Programa de Seguro de Salud para Niños del Estado o cualquier otro programa, si existe una base razonable para creer que el paciente no asegurado puede ser elegible para dicho programa.
- D. En caso de que el paciente no coopere (o no pueda) con el proceso de determinación de asistencia financiera, el personal de *Anderson Healthcare*, o su agente, tiene el derecho de determinar la elegibilidad para la asistencia financiera en función de la información que el hospital ha obtenido y/o mediante el uso de puntuación de atención médica e informes de agencias de reporte de crédito.
- E. Se espera que los pacientes no asegurados o subasegurados que califiquen para la asistencia financiera cumplan con los planes de pago de sus facturas de hospital con descuento y se espera que cumplan con las disposiciones de su plan de pago o que se comuniquen con el hospital si hay

Departamento Responsable: Ciclo de Ingresos, Sistemas de Ingresos	Fecha de creación: 12/01/2015
Quien(es) Aprueba(n)(s): Keith Page (Presidente)	Fecha de aprobación: 08/23/2023

Las copias impresas son solo para referencia. Favor refiérase a la copia electrónica para la última versión.

un cambio en su situación financiera que pueda afectar su capacidad para pagar su factura de hospital con descuento.

- F. El personal de *Anderson Healthcare* garantizará que los lineamientos establecidos en esta política sean seguidas por cualquier agente contratado que participe en la obtención de pagos por facturas pendientes de pacientes que hayan recibido asistencia financiera.
- G. La asistencia financiera puede aplicarse a los copagos, deducibles y/o coaseguros de pacientes asegurados si el paciente cumple con los requisitos de esta política.
- H. Las solicitudes aprobadas de asistencia financiera pueden aplicarse a cuentas elegibles durante seis (6) meses a partir de la fecha de la solicitud inicial sin requerir que el paciente presente una nueva solicitud. Al final de los seis (6) meses, el paciente es responsable de volver a solicitar la asistencia financiera.
- I. Una vez que se haya realizado una determinación de elegibilidad para la asistencia financiera, el descuento aplicable puede aplicarse a saldos de pacientes asociados con fechas de servicio anteriores en *Anderson Healthcare* por un período de un (1) año.
- J. La asistencia financiera bajo esta política se proporcionará a residentes de Illinois y pacientes de otros estados (no residentes). Los pacientes internacionales no son elegibles para solicitar asistencia financiera.
- K. *Anderson Healthcare* no acepta apelaciones de solicitudes de asistencia financiera a menos que haya habido un cambio significativo en los ingresos del garante desde que se revisó la solicitud (como un despido, que el paciente haya agotado todos sus recursos o una discapacidad).
- L. Si un paciente desea apelar la determinación de la solicitud de asistencia financiera (si la solicitud no fue aprobada o solo se otorgó asistencia parcial), la apelación debe enviarse por escrito al Consultor Financiero o al agente contratado que procesó la solicitud. El paciente debe proporcionar documentación de cambio en los ingresos/circunstancias junto con la carta de apelación. El paciente tiene 30 días a partir de la fecha de la carta de la decisión para apelar la decisión.

Extraordinary Collection Actions - ECA's (Acciones de Cobranza Extraordinarias)

- A. *Anderson Healthcare* o la parte autorizada no pueden iniciar ECAs contra un individuo cuya elegibilidad para asistencia financiera no haya sido determinada antes de 120 días después de la primera declaración de facturación después del alta, siempre que se hayan realizado las

Departamento Responsable: Ciclo de Ingresos, Sistemas de Ingresos	Fecha de creación: 12/01/2015
Quien(es) Aprueba(n)(s): Keith Page (Presidente)	Fecha de aprobación: 08/23/2023

Las copias impresas son solo para referencia. Favor refiérase a la copia electrónica para la última versión.

notificaciones requeridas y esfuerzos razonables antes de iniciar las ECAs.

- B. Se enviarán notificaciones por escrito a los pacientes (junto con un resumen en lenguaje sencillo de la FAP) con respecto a las ECAs que *Anderson Healthcare* o la parte autorizada realmente “tiene la intención de tomar”. Esta notificación no es necesaria a menos que una o más ECAs se inicien contra un individuo. La notificación por escrito indicará la fecha límite después de la cual se pueden iniciar las ECAs identificadas, que no será antes de 30 días después de la fecha en que se proporcionó la notificación por escrito. Las notificaciones o comunicaciones por escrito que se envíen por correo se considerarán “proporcionadas” en la fecha de envío. Una comunicación también puede considerarse proporcionada en la fecha en que se envía electrónicamente o se entrega en mano.
- C. *Anderson Healthcare* o la parte autorizada puede proporcionar cualquiera de las notificaciones o comunicaciones por escrito electrónicamente (p.ej., por correo electrónico) a cualquier individuo que indique que prefiere recibir las notificaciones o comunicaciones por escrito electrónicamente.
- D. La notificación oral sobre la FAP también se considera un esfuerzo razonable para determinar la elegibilidad de la FAP para aquellos pacientes con los que *Anderson Healthcare* o la parte autorizada tiene la intención de participar en ECAs. *Anderson Healthcare* o la parte autorizada hará un esfuerzo razonable para notificar oralmente a un individuo acerca de la FAP del hospital y sobre cómo el individuo puede obtener asistencia con el proceso de solicitud de la FAP al menos 30 días antes del inicio de las ECAs contra el individuo.
- E. *Anderson Healthcare* o la parte autorizada deberá documentar si se hicieron esfuerzos razonables y cómo se determinó la elegibilidad para la FAP antes de participar en las ECAs.
- F. Si *Anderson Healthcare* o la parte autorizada recibe una solicitud financiera durante el período de solicitud de un individuo después de haber iniciado una ECAs contra el individuo, la solicitud debe procesarse. Si se determina que el individuo es elegible para la asistencia financiera, se debería revertir la ECAs y detener el proceso de cobranza (si el paciente es elegible para atención gratuita), o continuar nuevamente basado en el monto ajustado.
- G. Si se determina que un individuo no es elegible para la asistencia financiera, no será necesario revertir las ECAs (la suspensión solo será necesaria durante el período en que se procesa la solicitud).
- H. Si *Anderson Healthcare* o la parte autorizada recibe una solicitud de asistencia financiera incompleta, las ECAs deben suspenderse contra un individuo hasta que, o bien el individuo

Departamento Responsable: Ciclo de Ingresos, Sistemas de Ingresos	Fecha de creación: 12/01/2015
Quien(es) Aprueba(n)(s): Keith Page (Presidente)	Fecha de aprobación: 08/23/2023

Las copias impresas son solo para referencia. Favor refiérase a la copia electrónica para la última versión.

complete la solicitud de la FAP o bien el individuo no haya respondido a las solicitudes de información y/o documentación adicional dentro de un período de tiempo razonable.

- I. La razonabilidad del período de tiempo que se les da a los individuos para completar una solicitud de FAP antes de que puedan reanudarse las ECAs dependerá de los hechos y circunstancias particulares, incluyendo la cantidad de información y/o documentación adicional que se esté solicitando. *Anderson Healthcare* o la parte autorizada informará al individuo que ha presentado una solicitud incompleta de la FAP sobre las posibles ECAs (junto con un resumen en lenguaje sencillo de la FAP) para asegurarse que el individuo sepa a quién contactar para obtener ayuda para completar la solicitud.
- J. El período de solicitud para la atención de un individuo será más largo que 240 días si el hospital proporciona al individuo una notificación sobre la asistencia financiera disponible después del día 240 desde la primera factura posterior al alta.
- K. *Anderson Healthcare* o la parte autorizada tiene permitido iniciar o reanudar ECAs antes del final del período de solicitud contra un individuo que no haya respondido a las solicitudes de información y/o documentación adicional. Si el individuo completa posteriormente la solicitud de FAP durante el período de solicitud, *Anderson Healthcare* o la parte autorizada suspenderá nuevamente cualesquiera ECAs tomada contra el individuo hasta que el hospital determine si el individuo es elegible para la FAP.
- L. Si *Anderson Healthcare* la parte autorizada agrupa las facturas pendientes de un individuo por múltiples episodios de atención antes de iniciar una o más ECAs, las mismas no pueden iniciarse hasta 120 días después que se proporcionó la factura posterior al alta para el episodio de atención más reciente.
- M. *Anderson Healthcare* o la parte autorizada solo suspenderá las ECAs tomadas contra el individuo “para obtener el pago por la atención” en cuestión, no las ECAs relacionadas con la atención pasada por la cual *Anderson Healthcare* ya ha satisfecho los requisitos de esfuerzos razonables.
- N. En los casos en que el personal de *Anderson Healthcare* o la parte autorizada crea que un individuo que ha presentado una solicitud de la FAP puede calificar para *Medicaid*, la determinación de la elegibilidad para la FA puede posponerse hasta después de que el individuo haya completado y presentado una solicitud de *Medicaid* y se haya hecho una determinación sobre la elegibilidad para *Medicaid*. Sin embargo, cuando un individuo ha presentado una solicitud de FAP, *Anderson Healthcare* o la parte autorizada no puede iniciar o reanudar ninguna ECA para obtener el pago por la atención en cuestión hasta que se haya hecho una determinación de elegibilidad para la FAP.

Departamento Responsable: Ciclo de Ingresos, Sistemas de Ingresos	Fecha de creación: 12/01/2015
Quien(es) Aprueba(n)(s): Keith Page (Presidente)	Fecha de aprobación: 08/23/2023

Las copias impresas son solo para referencia. Favor refiérase a la copia electrónica para la última versión.

- O. *Anderson Healthcare* o la parte autorizada está obligada a informar si y como se realizaron esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de la FAP de un individuo antes de participar en las ECAs, y en general, *Anderson Healthcare* mantendrá registros para respaldar cualquier información solicitada.

CALIFICACIONES PARA EL DESCUENTO DE ATENCIÓN DE CARIDAD SEGÚN LA LEY DE DESCUENTO PARA PACIENTES NO ASEGURADOS DE HOSPITALES DE ILLINOIS (Ley Pública 95-0965):

- A. Los residentes de Illinois que soliciten asistencia financiera deben ser evaluados según lo indicado aquí. Si la política no proporciona un ajuste de caridad financiera de al menos el 50%, el paciente debe considerarse para el descuento de caridad según lo requiere la Ley Pública de Illinois 95-0965.
- B. Los pacientes no asegurados son aquellos que no tienen ningún tipo de seguro o no están asegurados para ninguno de los servicios proporcionados. El término “pacientes no asegurados” excluye a los pacientes que están cubiertos por los servicios proporcionados por *Medicare*, *Medicaid* u otro programa de ayuda pública.
- C. Los cargos de pacientes no asegurados recibirán un descuento del 50% (de modo que el monto facturado no exceda el 135% del costo) de los servicios médicamente necesarios.
- D. Los pacientes deben proporcionar verificación de ingresos de terceros, información sobre activos y documentación de residencia dentro de los treinta (30) días posteriores a la solicitud.
- E. El monto máximo cobrable por servicios médicamente necesarios de pacientes no asegurados es del 20% del ingreso familiar anual para aquellos pacientes residentes de Illinois que cumplan con los criterios de elegibilidad y no tengan activos sustanciales. Para que los servicios posteriores se incluyan en el máximo, el paciente debe informar al hospital que ha recibido servicios previos de ese hospital que se determinaron como elegibles para el descuento.

Referencias:

- A. *Illinois Fair Patient Billing Act amendment February 9, 2023* [Enmienda de la Ley de Facturación Justa para Pacientes de Illinois, (9 de febrero de 2023)]
- B. *Patient Protection and Affordable Care Act of 2010, 501(r)(3) -(6) effective December 29, 2015* [Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio de 2010, 501(r)(3) -(6), vigente desde el 29 de diciembre de 2015)]
- C. *Illinois Register Hospital Financial Assistance Under the Fair Patient Billing Act (January 1, 2014)* [Registro de Illinois: Asistencia Financiera Hospitalaria según la Ley de Facturación Justa para Pacientes (1 de enero de 2014)]
- D. *Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act (Public Act 95-0965)* [Ley de Descuento para

Título: Política de Asistencia Financiera

Departamento Responsable: Ciclo de Ingresos, Sistemas de Ingresos	Fecha de creación: 12/01/2015
Quien(es) Aprueba(n)(s): Keith Page (Presidente)	Fecha de aprobación: 08/23/2023

Las copias impresas son solo para referencia. Favor refiérase a la copia electrónica para la última versión.

Pacientes No Asegurados de Hospitales de Illinois (Ley Pública 95-0965)]

- E. *Anderson Hospital Out of Market Policy for Elective Services* [Política de Anderson Hospital para Servicios Electivos Fuera del Mercado]
- F. *Federal Poverty Guidelines/Federal Poverty Level* (Lineamientos de Pobreza Federal/Nivel de Pobreza Federal)
- G. *Section 5/12-1001 Illinois Code of Civil Procedure (Appendix A)* [Sección 5/12-1001 del Código de Procedimiento Civil de Illinois (Apéndice A)]
- H. *Medicare Guidelines/Medical Necessity* (Lineamientos de Medicare/Necesidad Médica)
- I. *Anderson Healthcare Billing and Collection Policy* (Política de Facturación y Cobro de *Anderson Healthcare*)

Título: Política de Asistencia Financiera

Departamento Responsable: Ciclo de Ingresos, Sistemas de Ingresos	Fecha de creación: 12/01/2015
Quien(es) Aprueba(n)(s): Keith Page (Presidente)	Fecha de aprobación: 08/23/2023

Las copias impresas son solo para referencia. Favor refiérase a la copia electrónica para la última versión.

Apéndice A

Proveedores de *Anderson Medical Group* y *Community Clinic of Staunton* Elegibles para Asistencia Financiera bajo esta Política

Cardiology of Maryville
Distinctive Care for Women
Endocrinology of Maryville
Gastroenterology of Maryville
General & Laparoscopic Surgical Associates
Greenleaf Orthopaedics
Neurology of Maryville
Precision Orthopaedics
Pulmonary and Sleep Medicine of Maryville
R. Craig McKee, MD LLC
Rheumatology of Maryville
The Center for Advanced Orthopedics
Kopjas MDVIP
Michael Mandis, MD
Nephrology of Maryville
Family Medicine of Collinsville
Goshen
Family Medicine of Troy
Neurosurgery
Internal Medicine of Maryville
Southwestern Illinois Internal Medicine
Family Medicine of Maryville
Family Practice Rostovtseva and Barnett
Family Care Specialist
Primary Care of Troy
Family Medicine of Bethalto
Women's Health of Glen Carbon
Primary Care of Highland
Maryville Surgical Specialist
Interventional Pain Management
The Community Clinic of Staunton

Título: Política de Asistencia Financiera

Departamento Responsable: Ciclo de Ingresos, Sistemas de Ingresos	Fecha de creación: 12/01/2015
Quien(es) Aprueba(n)(s): Keith Page (Presidente)	Fecha de aprobación: 08/23/2023

Las copias impresas son solo para referencia. Favor refiérase a la copia electrónica para la última versión.

Apéndice B

Proveedores No Elegibles para Asistencia Financiera bajo Esta Política

- A to Z Pediatrics
- Ahmad & Rana Pediatrics
- Allergy & Asthma Care Ltd.
- Associated Foot Surgeons of Southwest Illinois
- Bard & Didriksen Pediatrics
- Best Foot Forward
- BJCMG Cardiology of Belleville
- BJCMG Cardiology of Maryville
- Cardinal Glennon Pediatrics - Pediatric Emergency Medicine
- Cardinal Glennon Specialty Clinic
- Center for Interventional Pain Management
- Chestnut Family Health Center
- Christina Midkiff, MD SC
- Collinsville Pediatrics
- Comprehensive Cardiovascular Consultants
- Dalla Riva & Hulsen OB/GYN
- Edwardsville Oral Surgery & Implant Center
- ENT & Sleep Associates
- Family Health Care Medical Center
- Foot Health Center
- Gateway Surgical & Vein Care
- Greenville Family Medicine
- Highland Pediatrics & Adolescent Med.
- Illinois SW Orthopedics (ILSWO)
- Interventional Pain Consultants
- Interventional Pain Management
- Vascular Specialty Services
- Javier Fajardo, MD
- Mary Mioux-Berry, DO
- Maryville Pediatrics
- Maryville Radiology
- Maryville Women's Center
- Mercy Clinic and Pain Management
- Metro East Gastroenterology Ltd.
- Metro East Healthcare
- Metro OMS

Título: Política de Asistencia Financiera

Departamento Responsable: Ciclo de Ingresos, Sistemas de Ingresos	Fecha de creación: 12/01/2015
Quien(es) Aprueba(n)(s): Keith Page (Presidente)	Fecha de aprobación: 08/23/2023

Las copias impresas son solo para referencia. Favor refiérase a la copia electrónica para la última versión.

- MidAmerica Plastic Surgery
- Midwest Bone & Joint Surgery, PC
- Midwest Emergency Department Services (MEDS)
- Midwest NHA
- Millennium Anesthesiology Consultants
- Neurosurgery of St. Louis
- Prairie Psychiatry
- Prairie Spine & Pain Institute
- Premier Foot and Ankle
- Sawar's Neurological Institute
- Serene Women's Wellness
- SLU Pathology
- SLUCare OB/GYN - MFM
- Southern IL Family Medicine
- Southern OB/GYN Associates
- St. Louis Heart and Vascular
- St. Louis Pain Consultants, LLC
- Transformative Healthcare
- Urology of St. Louis
- Vitas Healthcare
- Young Pediatrics