



Fecha de vigencia original:	1 de junio de 2009
Última revisión:	4 de febrero de 2019
Responsable:	Michael Humphrey: DIRECTOR DE CUENTAS DE PACIENTES
Categoría/Capítulo:	Operaciones comerciales
Áreas/Deptos.:	Toda la organización
Campo de aplicación:	Todos los Hospitales de OSF en Illinois

Asistencia financiera: Hospitales de Illinois (AC-29)

DEFINICIONES:

1. Acciones de cobro extraordinario: Notificación de información adversa a agencias de crédito y acciones de cobro que requieren procedimientos legales o judiciales, como la presentación de juicios de cobro y embargos de salarios.
2. Asistencia financiera de OSF: Servicios necesarios por razones médicas sin cargo o con descuento que se prestan a Pacientes que cumplen con los criterios de OSF para asistencia financiera. No incluye deudas o cargos incobrables registrados como ingresos pero contabilizados como pérdida dada la imposibilidad de pago del Paciente, o el costo de brindar dicha atención a Pacientes; diferencia entre el costo de la atención provista conforme a Medicaid u otros programas gubernamentales en función del nivel de ingresos o conforme a Medicare y los ingresos derivados de esos programas; o ajustes contractuales con cualquier tercero pagador.
3. Atención médica de emergencia: Prestación de servicios de emergencia necesarios para cumplir con la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto (*Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA*).
4. Beneficencia presunta: Elegibilidad para Asistencia financiera de OSF que se determina por referencia a categorías de criterios de elegibilidad presunta mediante la identificación que demuestra la necesidad financiera de un Paciente y que utiliza OSF para determinar la elegibilidad para asistencia sin necesidad de una Solicitud completa.
5. Cargo máximo: Cantidad que se suele cobrar a personas que tienen un seguro que cubre la atención. Para determinarlo, se multiplica el importe bruto de todos los servicios médicos por un porcentaje calculado anualmente y equivalente a (i) la cantidad total en dólares de reclamaciones permitidas por todos los servicios médicos durante el período de 12 meses que termina el 30 de septiembre anterior tanto para planes de pago por servicios de Medicare como para todas las aseguradoras privadas, junto con cualquier porcentaje asociado de estas reclamaciones de las cuales son responsables los beneficiarios de Medicare y las personas aseguradas, en forma de copagos, coseguro o deducible, dividido por (ii) la suma del Importe bruto asociado para esas reclamaciones. La cantidad facturada a un Paciente elegible para asistencia financiera en virtud de esta política será menor que la cantidad del Importe bruto. El Cargo máximo actual por cada hospital de OSF en Illinois se identifica en el cuadro adjunto como Anexo A.
6. Garante: Cónyuge o Pareja de un Paciente. Si el Paciente es menor, padres o tutores del Paciente.

7. Hospital de acceso crítico: Hospital designado de este modo por el Programa federal de flexibilidad hospitalaria para áreas rurales de Medicare (*Medicare Rural Hospital Flexibility Program*).
8. Hospital rural: Hospital que se encuentra fuera del área estadística metropolitana según lo define la Oficina de Administración y Presupuesto de los Estados Unidos.
9. Hospitales de OSF: Todos los hospitales autorizados que OSF opera en el estado de Illinois.
10. Importe bruto: Precio total establecido por OSF por servicios médicos que se cobra de manera uniforme y consistente a todos los pacientes antes de aplicar cualquier subsidio contractual, descuento o asistencia financiera.
11. Ingreso familiar: Suma de las ganancias anuales y beneficios en efectivo de todas las fuentes antes de impuestos de todas las personas que estén obligadas por ley a pagar los cargos incurridos, como manutención de menores, ingresos por discapacidad y compensación laboral, pero sin incluir el importe pagado en manutención de menores.
12. OSF HealthCare System: Todas las entidades jurídicas, divisiones operativas y proveedores de atención médica que son propiedad de OSF y sus subsidiarias, y brindan servicios hospitalarios, atención en el hogar, cuidados de hospicio, médicos y otro tipo de atención médica.
13. Paciente No asegurado: Residente de Illinois que es Paciente de un Hospital de OSF, que no tiene cobertura de una póliza de seguro de salud y que no es beneficiario en virtud de un seguro de salud público o privado, beneficio de salud u otro programa de cobertura de salud, como planes de seguro de salud con deducible alto, compensación laboral, seguro de responsabilidad ante accidentes u otro seguro de responsabilidad civil.
14. Paciente: Individuo que recibe servicios de Hospitales de OSF y todo individuo que sea garante de pago por servicios recibidos de Hospitales de OSF.
15. Pareja: Persona con una unión civil establecida de conformidad con la Ley sobre Unión Civil y Protección de la Libertad Religiosa de Illinois (*Illinois Religious Freedom Protection and Civil Union Act*) o una legislación estatal similar.
16. Pautas federales de ingresos que definen el nivel de pobreza: Pautas federales del nivel de pobreza que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos actualiza periódicamente en el Registro Federal bajo la autoridad del Título 42, Sección 9902(2) del USC.
17. Personas en indigencia médica: Personas que OSF ha determinado que son incapaces de pagar una parte o la totalidad de sus facturas médicas porque estas exceden un determinado porcentaje de su Ingreso familiar, aunque tengan ingresos que, de otro modo, superan los requisitos de elegibilidad de aplicación general para atención gratuita o con descuento de conformidad con la Política de asistencia financiera de OSF.
18. Residente de Illinois: Paciente que vive en Illinois y tiene la intención de continuar viviendo en Illinois de manera indefinida. Un paciente que se muda a Illinois con el único objetivo de recibir atención médica no es residente de Illinois.
19. Resumen en términos sencillos: Documento escrito donde se describen los Programas de asistencia financiera disponibles de OSF, los requisitos de elegibilidad, cómo presentar una solicitud y cómo obtener más información, como copias de la Política de asistencia financiera y la Solicitud.
20. Servicios necesarios por razones médicas: Atención médica de emergencia y (i) cualquier servicio hospitalario para pacientes internados o ambulatorios si el proveedor es un hospital; u (ii) otros servicios profesionales que normal y habitualmente son prestados por un proveedor no hospitalario, incluidos fármacos y suministros, cubiertos por Medicare para beneficiarios con la misma presentación clínica que el Paciente, pero sin incluir servicios no médicos como servicios sociales y vocacionales y cirugía cosmética electiva distinta de cirugía plástica diseñada para corregir deformaciones causadas por lesiones, enfermedades o deformidades o defectos congénitos.
21. Solicitante: Persona que ha presentado una Solicitud de asistencia financiera de OSF completa con toda la información y documentación solicitada en esta política y en el formulario de Solicitud.
22. Solicitud: Formulario de Solicitud de asistencia financiera de OSF que usan los Solicitantes para pedir asistencia financiera.
23. Tamaño de la familia: Cantidad total de exenciones personales permitidas según la legislación fiscal federal en una declaración federal de impuestos que se haya presentado, se presentará o se

podría haber presentado para el año calendario más reciente y en la cual el Paciente o Garante es una de las personas a quien se le permite una exención personal, a menos que un Paciente pueda establecer una unión civil conforme a la legislación estatal.

24. Tecnología electrónica y de la información o TEI: Información, software, sistemas y equipos electrónicos utilizados en la creación, manipulación, almacenamiento, exhibición o transmisión de datos, incluidos Internet y sistemas de intranet, aplicaciones de software, sistemas operativos, video y multimedia, productos de telecomunicaciones, terminales, máquinas para transacciones de información, fotocopiadoras, impresoras y computadoras de escritorio y portátiles.

PROPÓSITO:

Proporcionar Asistencia financiera para atención de emergencia u otra atención necesaria por razones médicas en la tradición de las Hermanas de la Tercera Orden de San Francisco y cumplir con los requisitos normativos federales y estatales.

POLÍTICA:

Los Hospitales de la Empresa en Illinois proveerán asistencia financiera y servicios comunitarios en la tradición de las Hermanas de la Tercera Orden de San Francisco. Independientemente de su capacidad para pagar, todos los pacientes son elegibles para solicitar asistencia financiera.

PROCESO:

1. OSF Healthcare System ("OSF") ratifica su compromiso de servir a sus comunidades de manera consistente con la misión y la filosofía de OSF y las Hermanas de la Tercera Orden de San Francisco. La filosofía de OSF es que el acceso adecuado a la atención médica es un derecho humano básico para todos. OSF se ha comprometido con la promoción, preservación, protección y restitución del bienestar, siempre que sea posible. Los servicios de OSF serán brindados a todas las personas con compasión.
2. La asistencia financiera está disponible para personas elegibles de conformidad con la Ley de Descuentos para Pacientes No Asegurados de Hospitales de Illinois (*Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act*) y los Programas de asistencia financiera de OSF. Asistencia financiera significa una reducción en la cantidad que se adeuda por Servicios necesarios por razones médicas según la necesidad financiera documentada y la elegibilidad (que se determina con los ingresos y el tamaño de la familia). No se negará Asistencia financiera sobre la base de la raza, color, sexo, edad, condición de militar, origen nacional, discapacidad, religión, orientación sexual, identidad sexual o capacidad para pagar. Los Servicios necesarios por razones médicas estarán disponibles para todas las personas sin discriminación y de manera independiente de su elegibilidad para recibir asistencia financiera conforme a esta política. OSF derivará a las personas a programas y servicios comunitarios disponibles fuera de sus centros y programas, según corresponda, si OSF no brinda los servicios necesarios o si no puede hacerlo de manera oportuna. OSF asistirá a los pacientes en la obtención del pago de terceros como Medicaid y Medicare. OSF tratará a las personas que piden asistencia financiera con dignidad, delicadeza y confidencialidad.
3. Por consiguiente, esta política escrita incluye lo siguiente:
 - a. Criterios de elegibilidad para recibir asistencia financiera, y si dicha asistencia incluye atención sin cargo o con descuento.
 - b. Punto de referencia para calcular las cantidades que se cobran a pacientes elegibles para recibir asistencia financiera en virtud de esta política, que dará lugar a un cargo menor que el importe bruto.
 - c. Método mediante el cual los pacientes pueden solicitar asistencia financiera.
 - d. Cómo se publicitará ampliamente la política en la comunidad donde se brindan servicios.
 - e. Limitación de los cargos para los pacientes elegibles para asistencia financiera de conformidad con esta política que aplica un límite sobre los cargos para que no superen las

cantidades que generalmente se facturan a personas que tienen seguros que cubren dicha atención.

- f. Requisitos adoptados por la Oficina del Fiscal General de Illinois en virtud de la Ley de Facturación Justa a Pacientes (*Fair Patient Billing Act*) en relación con los formularios de solicitud de asistencia financiera para servicios hospitalarios y el uso de criterios de elegibilidad presunta.
- g. Requisitos de facturación y cobro de la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas y la ley aplicable incluidos en la Política de prácticas justas de facturación y cobro de OSF.

Asistencia financiera:

La Política de Asistencia Financiera de OSF está diseñada para brindar atención sin cargo o con descuento a personas no aseguradas, subaseguradas y sin recursos financieros para cancelar facturas por cargos incurridos para obtener Servicios necesarios por razones médicas. Independientemente de su capacidad para pagar, todos los pacientes son elegibles para solicitar asistencia financiera. Los hospitales de OSF determinarán la elegibilidad para asistencia financiera por Atención necesaria por razones médicas mediante un proceso de dos pasos. En primer lugar, la elegibilidad para la asistencia estará determinada por la Ley de Descuentos para Pacientes No Asegurados de Hospitales de Illinois (*Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act*). En segundo lugar, la elegibilidad para la asistencia financiera será analizada en virtud de los Programas de asistencia financiera de OSF, si no existe un seguro de salud, beneficio de salud u otro programa de cobertura médica, incluidos los planes de seguro de salud con deducible alto, compensación laboral, seguro de responsabilidad ante accidentes u otro tercero pagador. Los Solicitantes elegibles recibirán un descuento equivalente a la cantidad que sea mayor según los cálculos del primer y segundo paso o, si solo son elegibles en un paso, un descuento calculado según ese paso.

Paso 1 - Ley de Descuentos para Pacientes No Asegurados de Hospitales de Illinois:

Descuento para Pacientes no asegurados: Un residente de Illinois que es un Paciente no asegurado puede ser elegible para recibir asistencia financiera. El descuento financiero no se aplica a servicios no hospitalarios, que incluyen, a modo enunciativo pero no restrictivo, servicios de médicos, atención en el hogar, cuidados de centros de enfermería o servicios de ambulancia. OSF puede establecer que el descuento dependa de que el Paciente primero solicite seguro en virtud de programas públicos, si hay razones suficientes para creer que el Paciente puede ser elegible para estos programas.

1. Un hospital de OSF que no sea un Hospital rural u Hospital de acceso crítico deberá brindar los siguientes descuentos:
 - a. Un descuento de beneficencia del 100 % de sus cargos por todos los Servicios necesarios por razones médicas que superen \$300 en cualquier admisión hospitalaria o encuentro ambulatorio a cualquier Paciente no asegurado que solicite un descuento y cuyo Ingreso familiar no supere el 200 % de las Pautas federales de ingresos que definen el nivel de pobreza.
 - b. Un descuento equivale al 135 % de la relación costo-cargo del hospital, que se determina a partir del último informe de costos de Medicare por los cargos aplicables de cualquier Paciente no asegurado que solicita un descuento y tiene Ingresos familiares entre un 201 % y 600 % de las Pautas federales de ingresos que definen el nivel de pobreza para todos los Servicios necesarios por razones médicas superiores a \$300 en cualquier admisión hospitalaria o encuentro ambulatorio.
2. Un Hospital rural u Hospital de acceso crítico de OSF deberá brindar los siguientes descuentos:
 - a. Un descuento de beneficencia del 100 % de sus cargos por todos los Servicios necesarios por razones médicas que superen \$300 en cualquier admisión hospitalaria o encuentro ambulatorio a cualquier Paciente no asegurado que solicite un descuento y cuyo Ingreso familiar no supere el 125 % de las Pautas federales de ingresos que definen el nivel de pobreza.
 - b. Un descuento equivale al 135 % de la relación costo-cargo del hospital, que se determina a partir del último informe de costos de Medicare por los cargos aplicables de cualquier

Paciente no asegurado que solicita un descuento y tiene Ingresos familiares entre un 126 % y 300 % de las Pautas federales de ingresos que definen el nivel de pobreza para todos los Servicios necesarios por razones médicas superiores a \$300 en cualquier admisión hospitalaria o encuentro ambulatorio.

Paso 2 - Programas de asistencia financiera de OSF:

Asistencia financiera de OSF: Todos los pacientes son elegibles para solicitar asistencia de beneficencia por Servicios necesarios por razones médicas de Hospitales de OSF. Los Programas de asistencia de beneficencia de OSF incluyen Beneficencia directa, Beneficencia catastrófica y Beneficencia presunta (se describen a continuación). La elegibilidad se determina según el Ingreso familiar y el Tamaño de la familia. Una vez que se han calculado las cantidades del Descuento para Pacientes no asegurados de Illinois y la Asistencia financiera de OSF (si ambos se aplican), se elegirá el beneficio más provechoso para el Paciente por Servicios necesarios por razones médicas. Primero se ajustará la cantidad de la Asistencia financiera de OSF y, si el Descuento para Pacientes no asegurados de Illinois es mayor que la cantidad de la Asistencia financiera de OSF, todas las cantidades restantes serán asignadas al Descuento para Pacientes no asegurados de Illinois.

1. Beneficencia directa: Tras agotar todos los beneficios de seguro, se descontará del Importe bruto el porcentaje aplicable identificado en las pautas de asistencia financiera de OSF (escala de tarifas variables), con sujeción a la presentación de pruebas del Ingreso familiar, todos los demás requisitos del Programa de asistencia financiera y el Cargo máximo. (Vea la Solicitud de asistencia financiera de OSF). Las pautas de asistencia financiera de OSF están basadas en un 200 % de las Pautas federales de ingresos que definen el nivel de pobreza y serán actualizadas cada año junto con las actualizaciones publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
2. Beneficencia catastrófica: Una vez agotados todos los beneficios de seguro, el Importe bruto puede estar sujeto a ajustes contemplados en la atención con descuento para un Paciente en indigencia médica de conformidad con el descuento de Beneficencia catastrófica de OSF cuando el director financiero del Hospital de OSF que brinda la atención médica, o su designado, determina que se dispone de más asistencia financiera con un ajuste de Beneficencia catastrófica en comparación con Beneficencia directa. Para reunir los requisitos para el descuento de Beneficencia catastrófica, los cargos totales impagos deben superar el 25 % del Ingreso familiar. La cantidad adeudada quedará ajustada al 25 % del Ingreso familiar, sujeto al Cargo máximo, y el saldo restante se ajustará a la beneficencia.
3. Beneficencia presunta: El Importe bruto puede estar sujeto a un descuento financiero del 100 % de los cargos facturados cuando no existan beneficios de seguro y el Paciente establezca una necesidad financiera de acuerdo con una de las siguientes categorías de criterios de elegibilidad presunta. Categorías de beneficencia presunta para todos los hospitales de OSF:
 - a. Elegibilidad vigente para Medicaid, pero no en la fecha del servicio o para un servicio no cubierto;
 - b. Incapacidad mental sin nadie que actúe en nombre del Paciente;
 - c. Fallecido sin patrimonio; y
 - d. Sin techo.
4. En el caso de los hospitales de OSF que no son Hospitales de acceso crítico u Hospitales rurales, la inscripción en cualquiera de los siguientes programas con criterios al nivel o por debajo del 200 % de las Pautas federales de ingresos que definen el nivel de pobreza establecerán una categoría de Beneficencia presunta.
 - a. Programa de nutrición para mujeres, bebés y niños (*Women, Infants and Children, WIC*);
 - b. Programa de asistencia nutricional suplementaria (*Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP*);
 - c. Programa de almuerzo y desayuno gratis de Illinois (*Illinois Free Lunch and Breakfast Program*);

- d. Programa de asistencia energética para hogares de bajos recursos (*Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP*);
- e. Inscripción en un programa comunitario organizado que ofrezca acceso a atención médica donde se evalúa y documenta la situación financiera limitada de bajos ingresos como requisito para participar; o
- f. Concesión de subvenciones para servicios médicos.

Solicitud de asistencia financiera de OSF:

La Solicitud incluirá las siguientes declaraciones y límites en la información solicitada, tal como se explica a continuación:

1. Declaración inicial: La declaración inicial en la Solicitud incluirá los siguientes párrafos en el formato que se muestra a continuación.
 - a. **Importante: USTED PUEDE SER ELEGIBLE PARA RECIBIR ATENCIÓN SIN CARGO O CON DESCUENTO.** Al completar esta solicitud colaborará con OSF para determinar si puede recibir servicios sin cargo o con descuento u otros programas públicos que puedan ayudar a pagar su atención médica. Sírvase presentar esta solicitud en el hospital.
 - b. **SI USTED NO TIENE SEGURO, NO ES REQUISITO UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA ATENCIÓN SIN CARGO O CON DESCUENTO.** No obstante, sí se requiere un Número de Seguro Social para algunos programas públicos, incluido Medicaid. Si bien no es obligatorio indicar un Número de Seguro Social, esto ayudará al hospital a determinar si califica para cualquier programa público.
 - c. Complete este formulario y preséntelo en el hospital en persona, por correo, por correo electrónico o por fax para solicitar atención sin cargo o con descuento dentro de los 240 días siguientes a su primer resumen de facturación.
 - d. El paciente declara que ha hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información requerida en la solicitud para colaborar con el hospital en la determinación de su elegibilidad para recibir asistencia financiera.
2. Certificación: La certificación en la Solicitud se limitará al siguiente párrafo.
 - a. Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Declaro que solicitaré cualquier asistencia estatal, federal o local para la que pueda ser elegible para ayudar a pagar la factura del hospital. Entiendo que la información suministrada puede ser verificada por el hospital, y autorizo al hospital a contactar a terceros para verificar la precisión de la información provista en esta solicitud. Entiendo que si, a sabiendas, suministro información falsa en esta solicitud, no seré elegible para recibir asistencia financiera, toda asistencia financiera que me hayan otorgado podrá quedar anulada y seré responsable del pago de la factura del hospital.
 - b. Firma del Paciente o solicitante y fecha.
3. Información solicitada: La información solicitada en la Solicitud quedará limitada a lo siguiente.
 - a. Información del Paciente:
 - i. Nombre del Paciente;
 - ii. Fecha de nacimiento del Paciente;
 - iii. Dirección del Paciente;
 - iv. Si el Paciente era residente de Illinois cuando se brindó la atención;
 - v. Número de Seguro Social del Paciente, a menos que el Paciente no esté asegurado;
 - vi. Número de teléfono fijo o celular del Paciente;
 - vii. Si hay un garante, nombre, dirección y número de teléfono del garante.
 - b. Información familiar:
 - i. Tamaño de la familia; y
 - ii. Edades de los dependientes del Paciente.
 - c. Información sobre Ingreso familiar y Empleo:
 - i. Si el Paciente o Garante se encuentra empleado actualmente;
 - ii. Si el Paciente o Garante se encuentra empleado, nombre, dirección y número de teléfono de todos los empleadores.

iii. Ingreso familiar de las siguientes fuentes:

- Salario y trabajo autónomo;
- Subsidio de desempleo;
- Ingresos del Seguro Social, incluidos los ingresos suplementarios y por discapacidad;
- Pensión por discapacidad y para veteranos;
- Seguro de discapacidad privado;
- Compensación laboral;
- Ingresos de jubilación y pensión;
- Manutención de menores, pensión alimenticia y otra manutención conyugal;
- Asistencia pública y ayuda temporal para familias necesitadas; y
- Otros ingresos.

Responsabilidades de OSF:

1. Los Hospitales de OSF identificarán a todos los Pacientes sin beneficios de seguro, o con beneficios de seguro insuficientes, para que reciban Atención mediante Beneficencia presunta. No se requerirá ninguna Solicitud. Sin embargo, si es razonable creer que el Paciente puede ser elegible para cobertura de seguro en virtud de programas públicos, o si OSF requiere documentación para determinar una categoría de Beneficencia presunta, OSF le dará al Paciente 30 días para que responda a OSF y solicite cobertura de seguro o presente la documentación solicitada. OSF determinará la elegibilidad para la Beneficencia presunta y aplicará los ajustes a las cuentas de Pacientes elegibles a la mayor brevedad posible tras la prestación de servicios y antes de la emisión de cualquier factura por esos servicios. OSF utiliza las siguientes fuentes de información de terceros para determinar la elegibilidad para la Beneficencia presunta: OneSource, Medi o el Departamento de Servicios Humanos; SearchAmerica y LexisNexis Accurint; actas judiciales e información del departamento penitenciario; informes de equipos de respuesta rápida, como informes de policía, bomberos y personal de emergencia ante accidentes; y obituarios.
2. OSF aceptará Solicitudes para sus Programas de asistencia financiera durante los primeros 240 días tras la primera factura posterior al alta que reciba el Paciente ("Período de solicitud"), incluidas las cuentas enviadas a cobro durante el Período de solicitud. OSF podrá extender el Período de solicitud para Pacientes que envíen Solicitudes incompletas durante el Período de solicitud para darles el tiempo adicional que sea razonablemente necesario para presentar la información y los documentos necesarios para completar la Solicitud. OSF procesará todas las Solicitudes completas enviadas dentro del Período de solicitud, incluidas todas las Solicitudes pendientes debido a determinaciones de elegibilidad de Medicaid.
3. OSF publicitará de forma extendida sus Programas de asistencia financiera en inglés y en cualquier idioma que hablen las poblaciones con dominio limitado del inglés y que representen una cifra de 1,000 individuos o el 5 % de la comunidad que atiende el hospital, la cantidad que sea menor. Las publicaciones deberán incluir lo siguiente:
 - a. Los carteles bien visibles en las áreas de admisión y la sala de emergencias incluirán el siguiente aviso: "¿No tiene seguro? ¿Tiene dificultad para pagar la factura del hospital? Podría ser elegible para recibir asistencia financiera. En nuestro sitio web se encuentra disponible una copia de la Política de asistencia financiera y la Solicitud de OSF: www.osfhealthcare.org. Si tiene preguntas o necesita ayuda para presentar una Solicitud, llame al 800-421-5700 o al 309-683-6750, o bien visite a un asesor financiero en el área de admisión del hospital.
 - b. OSF ofrecerá el Resumen en términos sencillos como parte del proceso de ingreso o alta y pondrá a disposición copias en papel de la Política de asistencia financiera, la Solicitud y el Resumen en términos sencillos, a pedido y sin cargo, por correo y en las áreas de admisión y salas de emergencias, en cantidades suficientes para satisfacer la demanda de los visitantes.
 - c. La información estará publicada de manera visible y destacada en el sitio web de OSF, con lo siguiente:
 - i. En la página inicial y en la página principal de asistencia financiera, se mostrará claramente este mensaje: "¿Necesita ayuda para pagar su factura? Podría ser elegible para recibir asistencia financiera. Haga clic aquí para obtener más

información." Cuando los lectores hagan clic en el vínculo, se los direccionará a una página web donde se explican los descuentos disponibles con los Programas de asistencia financiera y cómo descargar la Política de asistencia financiera, el Resumen en términos sencillos y la Solicitud.

- ii. La página web incluye un número de teléfono al que pueden llamar y se indica a las personas que consulten a un asesor financiero en el área de admisión del Hospital para solicitar más información sobre la Política de asistencia financiera y ayuda para presentar Solicitudes.
 - d. La información estará incluida en o junto con los resúmenes de facturación para los pacientes de OSF, con una descripción de la asistencia financiera disponible y el número de teléfono de la oficina del hospital que puede brindar información sobre la Política de asistencia financiera y el proceso de solicitud, así como el sitio web desde donde se pueden obtener copias de la Política, la Solicitud y el Resumen en términos sencillos.
 - e. OSF informará a la comunidad sobre su Política de asistencia financiera de una manera razonablemente calculada para llegar a las personas que más probablemente necesiten asistencia financiera. Parte de las medidas para informar a la comunidad será entregar copias del Resumen en términos sencillos y la Solicitud al personal médico a cargo de derivaciones y promocionar visiblemente sus programas de asistencia financiera en boletines que se envían a las personas de su base de datos.
 - f. Durante los primeros 120 días tras la primera factura posterior al alta que se envíe al Paciente, OSF se comunicará directamente con el Paciente de la siguiente manera: 1) proporcionará un aviso escrito de la Política de asistencia financiera que incluye una copia del Resumen en términos sencillos, una descripción de las Acciones de cobro extraordinario que el Hospital puede iniciar para obtener el pago, y un plazo límite que es al menos 30 días más que este período de notificación de 120 días durante el cual se podrá presentar una Solicitud para evitar el inicio de esas Acciones de cobro extraordinario; y 2) tomará medidas razonables para notificar oralmente al Paciente sobre la Política de asistencia financiera y sobre cómo obtener ayuda para solicitarla.
4. El personal de servicios financieros para el paciente y las áreas de admisión de Hospitales de OSF comprenderán la Política de asistencia financiera de OSF y serán capaces de dirigir las preguntas relacionadas con la Política al representante apropiado de OSF.
 5. OSF notificará a un Solicitante sobre la elegibilidad para recibir asistencia financiera en un período razonable luego de recibir toda la información y documentación financieras necesarias. Si existiera un saldo deudor a cargo del Paciente tras los ajustes de la asistencia financiera, OSF enviará un resumen de facturación al Paciente con todos los ajustes de subsidios contractuales, descuentos y asistencia financiera, el saldo que adeuda el Paciente y cómo se calculó esa cantidad; e informará al Paciente cómo obtener el cálculo del Cargo máximo. El saldo deudor ajustado no podrá superar el Cargo máximo.
 6. La política de reembolso de OSF para los Pacientes que califiquen para la asistencia financiera, además de las medidas que OSF pueda tomar en caso de falta de pago de cantidades no elegibles para Asistencia financiera, están descritas en la Política de prácticas justas de facturación y cobro de OSF. Puede obtener una copia gratis de esta Política en el vínculo Billing & Financial Assistance (Facturación y asistencia financiera) en www.osfhealthcare.org. También puede pedirla por teléfono a nuestro Centro de Acceso y Cuentas de Pacientes al 800-421-5700 o al 309-683-6750.
 7. La elegibilidad para el Descuento para Pacientes no asegurados y la Asistencia financiera de OSF será aprobada para períodos de 12 meses, siempre que el Paciente continúe cumpliendo con las pautas de elegibilidad. Además de los Hospitales de OSF, otros proveedores proporcionan Atención necesaria por razones médicas en los centros hospitalarios. La elegibilidad para Programas de asistencia financiera de OSF puede aplicarse a las facturas de algunos de estos otros proveedores. El Hospital de OSF dispone de una lista de los otros proveedores que brindan Atención Necesaria por razones médicas en un documento por separado, disponible en el vínculo Billing & Financial Assistance (Facturación y asistencia financiera) en www.osfhealthcare.org, donde se muestra la última fecha de actualización y se identifica a aquellos proveedores que aceptan la Asistencia financiera de OSF y a aquellos que no aceptan la Asistencia financiera de OSF.

Responsabilidades individuales:

1. Para que un Paciente pueda recibir asistencia financiera en virtud de cualquier Programa de asistencia financiera de OSF, el Paciente debe colaborar plenamente con OSF con la información y los documentos solicitados para obtener todos los pagos de Medicare, Medicaid, AllKids, el Programa Estatal de Seguro de Salud Infantil, Family Care, VOC y cualquier otro programa público, si hay razones suficientes para creer que el Paciente puede ser elegible para los beneficios. Asimismo, las personas deben cooperar plenamente en la recuperación de toda cantidad adeudada según cualquier póliza de seguro o plan de salud, como una póliza de seguro de salud con deducible alto, compensación laboral, seguro de responsabilidad ante accidentes y cualquier seguro de responsabilidad civil. Cualquier incumplimiento no razonable o negativa a solicitar la cobertura de programas públicos o de colaborar con información sobre cualquier póliza de seguro, en un plazo de 30 días a partir de la solicitud, podrá ser razón suficiente para que el Paciente no sea elegible para ninguno de los Programas de asistencia financiera.
2. El Solicitante debe enviar toda la información y documentos requeridos en esta Política y en la Solicitud para determinar la elegibilidad para recibir Asistencia financiera, a excepción de la Beneficencia presunta. Todo incumplimiento no razonable o negativa a brindar la información o los documentos solicitados dentro de los 30 días a partir de la solicitud podrá ser motivo de inegibilidad del Paciente para la asistencia financiera.

a. Documentos requeridos para el Descuento para Pacientes no asegurados:

i. Uno de los siguientes documentos del Paciente y Garante para todas las fuentes de Ingreso familiar:

- Copia de la declaración de impuestos más reciente;
- Copia de los formularios W-2 y 1099 más recientes;
- Copias de los dos recibos de sueldo más recientes;
- Verificación de ingresos de un empleador, por escrito; o bien
- Otra forma razonable de verificación de ingresos de terceros que OSF considere aceptable.

ii. Uno de los siguientes documentos para verificar la residencia en Illinois del Paciente:

- Cualquiera de los documentos anteriores aceptados para verificar los ingresos del Paciente;
- Una tarjeta de identificación válida emitida por el estado;
- Una factura reciente de servicios públicos residenciales;
- Un contrato de arrendamiento;
- Una tarjeta de registro de vehículo;
- Una tarjeta de registro de votante;
- Correspondencia dirigida al Paciente a una dirección de Illinois por parte de una división gubernamental u otra fuente acreditable;

- Una declaración de un familiar del Paciente que reside en la misma dirección y presenta verificación de la residencia; o bien
 - Una carta de un albergue para desamparados, hogar de transición u otro centro similar donde se verifica que el paciente reside en el centro.
- b. Para solicitar los Programas de Asistencia financiera de OSF se requieren los documentos a continuación:
- i. Declaración federal de impuestos con todos los anexos, formularios W-2 y 1099 para el período de presentación más reciente, más comprobante de compensación laboral por salarios perdidos, ingreso por discapacidad y manutención infantil recibida o pagada.
 - ii. Si el Solicitante no puede suministrar una copia completa de una Declaración federal de impuestos del período más reciente, o bien si la Declaración incluye información errónea, o si ha cambiado de manera significativa el Ingreso familiar, se requiere la siguiente documentación para todo el Ingreso familiar actual:
 - Dos recibos de sueldo más recientes o verificación de ingresos por escrito de todos los empleadores;
 - En el caso de los Solicitantes que trabajan en forma autónoma, los dos recibos de sueldo más recientes y, si son propietarios de un negocio, los dos estados de cuenta de cheques comercial más recientes;
 - Carta de concesión de subsidio del Seguro Social;
 - Carta de concesión de beneficio por desempleo;
 - Carta de concesión de beneficios de Asuntos de Veteranos;
 - Verificación de lo siguiente:
 - a. Ingreso por discapacidad,
 - b. Compensación laboral por salarios perdidos,
 - c. Ingresos de rentas,
 - d. Indemnización por huelga,
 - e. Asistencia pública,
 - f. Pensión alimenticia, y
 - g. Comprobante de manutención infantil recibida o pagada.
 - iii. En caso de que el Solicitante sea desempleado sin fuente de ingresos, una declaración firmada donde explique cómo paga los gastos de la vida diaria.
3. La Solicitud completa debe ser enviada junto con todos los documentos solicitados al centro correspondiente que se indica a continuación:
- a. Para Hospitales de OSF en Illinois:
OSF Patient Accounts and Access Center (PAAC)
P.O. Box 1701
Peoria, IL 61656-1701
(800) 421-5700 o (309) 683-6750
 - b. Para consultorios médicos grupales de OSF en Illinois
OSF Medical Group Offices – Patient Accounts
P.O. Box 1806
Peoria, IL 61656-1806
(800) 589-6070
4. Los beneficiarios de asistencia financiera parcial deben informar a OSF sobre cualquier cambio sustancial en su situación financiera que pueda afectar a su capacidad para pagar el saldo adeudado o de respetar los términos de un plan de pago razonable. Si no lo informan dentro de los 30 días del cambio en la situación, OSF podrá derivar el saldo deudor al sector de cobros.
5. Los Pacientes que reciben Servicios necesarios por razones médicas de OSF después de recibir Asistencia financiera de OSF deben informar al proveedor pertinente de OSF durante los tratamientos subsiguientes que son elegibles para asistencia financiera de manera de garantizar

- que OSF no cobre más del 25 % del Ingreso familiar en el período aplicable de 12 meses.
6. OSF puede revertir cualquier ajuste en la asistencia financiera si, con posterioridad, toma conocimiento de que el Solicitante no dio a conocer fielmente el Ingreso familiar, o si falsificó la información presentada para solicitar la asistencia financiera. Todo ajuste de asistencia financiera puede ser anulado para quienes no cumplan en informar a OSF sobre un cambio sustancial en la elegibilidad dentro del margen de 30 días.
 7. Los Pacientes pueden apelar las determinaciones de elegibilidad para el Descuento para Pacientes no asegurados en hospitales de Illinois y la Asistencia financiera de OSF.

Requisitos de informes de OSF HealthCare:

Los Hospitales de OSF presentarán un Informe anual de asistencia financiera para servicios hospitalarios ante la Oficina del Fiscal General de Illinois al mismo tiempo que cada Hospital presente su Informe de beneficios a la comunidad, que incluirá lo siguiente:

1. Una copia de la Solicitud de asistencia financiera para servicios hospitalarios, que incluye la Política de elegibilidad presunta.
2. Estadísticas de asistencia financiera hospitalaria, con lo siguiente:
 - a. Cantidad de Solicitudes de Asistencia financiera hospitalaria presentadas al Hospital, sean completas o incompletas, durante el año fiscal más reciente;
 - b. Cantidad de Solicitudes de Asistencia financiera hospitalaria aprobadas de conformidad con la Política de elegibilidad presunta durante el año fiscal más reciente;
 - c. Cantidad de Solicitudes de Asistencia financiera hospitalaria aprobadas por razones ajenas a la Política de elegibilidad presunta durante el año fiscal más reciente;
 - d. Cantidad de Solicitudes de Asistencia financiera hospitalaria que el Hospital haya denegado durante el año fiscal más reciente; y
 - e. Cantidad total en dólares de la Asistencia financiera que el Hospital haya proporcionado durante el año fiscal más reciente, sobre la base del costo real de la atención.
3. Una descripción de la Tecnología electrónica y de la información (TEI) que utiliza el Hospital en la implementación de los requisitos de solicitud de asistencia financiera hospitalaria adoptados por la Oficina del Fiscal General de conformidad con la Ley de Facturación Justa a Pacientes (*Fair Patient Billing Act*), incluida la fuente de la TEI. El hospital debe certificar anualmente que cada requisito de Solicitud de Asistencia financiera hospitalaria sea parte de las Solicitudes procesadas mediante TEI.
4. Una descripción de la TEI que utiliza el Hospital en la implementación de los requisitos para los criterios de elegibilidad presunta adoptados por la Oficina del Fiscal General de conformidad con la Ley de Facturación Justa a Pacientes (*Fair Patient Billing Act*), incluida la fuente de la TEI. El hospital debe certificar anualmente que cada requisito para los criterios de elegibilidad presunta sea parte de las Solicitudes procesadas mediante TEI.

Anexo A: Limitación de los cargos

La Empresa limitará las cantidades cobradas por Atención necesaria por razones médicas brindada a personas elegibles para asistencia de conformidad con la Política de asistencia financiera de hospitales de Illinois a la Cantidad facturada habitualmente a personas que tienen un seguro que cubre dicha atención. Para determinar la Cantidad facturada habitualmente, se multiplica el importe bruto de todos los servicios médicos por un porcentaje calculado anualmente y equivalente a (i) la cantidad total en dólares de reclamaciones permitidas por todos los servicios médicos durante el período de 12 meses que termina el 30 de septiembre anterior tanto para planes de pago por servicios de Medicare como para todas las aseguradoras privadas, junto con cualquier porcentaje asociado de estas reclamaciones de las cuales son responsables los beneficiarios de Medicare y las personas aseguradas, en forma de copagos, coseguro o deducible; dividido por (ii) la suma del Importe bruto asociado para esas reclamaciones.

Hospital	Porcentaje de la Cantidad facturada habitualmente	Hospital	Porcentaje de la Cantidad facturada habitualmente
OSF Holy Family Medical Center 1000 W. Harlem Avenue Monmouth, IL 61462	45.10 %	OSF Saint James-John Albrecht Medical Center 2500 W. Reynolds Street Pontiac, IL 61764	34.14 %
OSF Saint Anthony's Health Center #1 Saint Anthony's Way Alton, IL 62002	22.72 %	OSF St. Joseph Medical Center 2200 E. Washington Street Bloomington, IL 61701	26.91 %
OSF Saint Anthony Medical Center 5666 E. State Street Rockford, IL 61108	26.78 %	OSF Saint Luke Medical Center 1051 W. South Street P.O. Box 747 Kewanee, IL 61443	48.98 %
OSF Saint Elizabeth Medical Center 1100 East Norris Drive Ottawa, IL 61350	28.92 %	St. Mary Medical Center 3333 N. Seminary Street Galesburg, IL 61401	23.09 %
OSF Saint Francis Medical Center 530 NE	27.99 %	OSF Saint Paul Medical Center 1401 E. 12 Street	47.61 %

Glen Oak
Avenue
Peoria, IL
61637

Mendota, IL
61342

*OSF
Heart of
Mary
Medical
Center 22.41 %
1400 W
Park Street
Urbana, IL
61801

*OSF Sacred
Heart
Medical
Center 17.54 %
812 N Logan
Avenue
Danville, IL
61832

*OSF Healthcare System adquirió este Hospital el 1 de febrero de 2018. El porcentaje de la cantidad facturada habitualmente es una determinación de transición que se recalculará después del último día del año fiscal actual que finaliza el 30 de septiembre de 2018.

Esta política se aplica a OSF Healthcare System, OSF Healthcare Foundation y todas las subsidiarias y afiliadas de OSF Healthcare System, excepto en la medida en que se vean limitadas por el encabezado o el texto principal de esta política. A los fines de esta política, los términos "subsidiarias" y "afiliadas" hacen referencia a los centros o entidades de propiedad o control total por parte de OSF Healthcare System. Los hospitales cubiertos por esta política son:

**Nombre como
figura en Medicare:**

X OSF St. Mary Medical Center ST MARY
MEDICAL CENTER

X OSF Saint Francis Medical Center SAINT FRANCIS
MEDICAL CENTER

X OSF Saint James – John W. Albrecht Medical Center SAINT JAMES
HOSPITAL

X OSF St. Joseph Medical Center ST JOSEPH
MEDICAL CENTER

X OSF Saint Anthony's Health Center OSF HEALTHCARE
SYSTEM

X OSF Saint Anthony Medical Center SAINT ANTHONY
MEDICAL CENTER

OSF St. Francis Hospital & ST FRANCIS
HOSPITAL

Medical Group

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| X | OSF Holy Family Medical Center | OSF HEALTHCARE SYSTEM |
| X | OSF Saint Elizabeth Medical Center | Ottawa Regional Hospital & Healthcare Center |
| X | OSF Saint Luke Medical Center | OSF HEALTHCARE SYSTEM |
| X | OSF Saint Paul Medical Center | Mendota Community Hospital |
| X | OSF Heart of Mary Medical Center | OSF HEALTHCARE SYSTEM |
| X | OSF Sacred Heart Medical Center | OSF HEALTHCARE SYSTEM |