St. Mary's Hospital
500 W. Court Street, Kankakee, IL 60901

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTALES		Páginas:	12
		Última revisión:	09/04/2025 10/15/2025
Asunto:	**Política de asistencia financiera para pacientes**		
Manual:	**Servicios financieros para pacientes**		

I. Política:

El Hospital ofrece un programa de asistencia financiera para aquellos pacientes que cumplan con las pruebas de elegibilidad descritas en esta política. El Hospital ofrece atención caritativa y descuentos por pago por cuenta propia que cumplen con los requisitos de las leyes federales y estatales. La intención de esta Política de Asistencia Financiera (la "Política") es cumplir con las leyes y regulaciones federales y estatales aplicables; Todas las disposiciones deben interpretarse en consecuencia.

Un objetivo importante del Hospital es brindar atención a los pacientes en momentos de necesidad. El Hospital brinda atención caritativa y un programa de pago con descuento como beneficio para las comunidades a las que servimos. Con este fin, el Hospital se compromete a ayudar a los pacientes elegibles de bajos ingresos y/o sin seguro con los programas de pago con descuento y atención caritativa adecuados. Todos los pacientes serán tratados de manera justa, con compasión y respeto. Sin perjuicio de cualquier otra cosa en esta Política, a ninguna persona que se determine que es elegible para asistencia financiera se le cobrará más por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que los montos generalmente facturados a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención. Acompañando a esta Política se encuentran los siguientes apéndices, a los que se hace referencia a lo largo de esta Política:

- Resumen en lenguaje sencillo de la asistencia financiera
- Aviso que se incluirá en todos los estados de cuenta posteriores al alta
- Aviso que se incluirá en los estados de cuenta posteriores al alta a los pacientes que no hayan proporcionado prueba de seguro

II. Definiciones:

"Montos generalmente facturados": Los montos generalmente facturados ("AGB") por servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios a personas elegibles para el Programa de pago con descuento. El Hospital calcula el AGB para un paciente utilizando el método prospectivo definido en las Regulaciones del Tesoro. Según el método prospectivo, AGB se calcula utilizando el proceso de facturación y codificación que el Hospital usaría si la persona fuera un beneficiario de pago por servicio de Medicare utilizando las tarifas de Medicare actualmente aplicables proporcionadas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

"Emergencia y médicamente necesario": "Médicamente necesario" significa cualquier servicio hospitalario para pacientes hospitalizados o ambulatorios, incluidos los productos farmacéuticos o suministros proporcionados por un hospital a un paciente, cubierto por el Título XVIII de la Ley Federal del Seguro Social para beneficiarios con la misma presentación clínica que el paciente sin seguro. Un servicio "médicamente necesario" no incluye ninguno de los siguientes:

i. Servicios no médicos, como servicios sociales y vocacionales.
ii. Cirugía estética electiva, pero no cirugía plástica diseñada para corregir la desfiguración causada por una lesión, enfermedad o defecto o deformidad congénita.

"EMTALA": El Hospital cumple con el requisito de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA), Sección 1867 de la Ley del Seguro Social. No hay nada contenido en esta política que impida dicho cumplimiento. Esta es una ley federal que requiere que cualquier persona que acuda a un departamento de emergencias sea estabilizada y tratada, independientemente de su estado de seguro o capacidad de pago.

"Acción de cobro extraordinaria": Una acción de cobro extraordinaria significa cualquier acción de cobro que involucre ciertas ventas de deuda a otra parte, reportar información adversa a agencias u oficinas de crédito, o diferir o denegar, o requerir un pago antes de proporcionar, atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de una o más facturas por parte de una persona por atención brindada previamente cubierta por la Política de asistencia financiera del hospital, o cualquier acción que requiera un proceso legal o judicial, incluida la colocación de un gravamen, la ejecución hipotecaria de bienes inmuebles, el embargo o incautación de cuentas bancarias u otros bienes personales, el inicio de una acción civil contra un individuo, la adopción de medidas que provoquen el arresto de un individuo, la adopción de medidas que provoquen que un individuo esté sujeto al embargo corporal y el embargo de salarios, en cada caso como se describe con más detalle en la Sección 501 (r) (6) del IRS.

"Familia": (1) para personas mayores de 18 años, cónyuge, pareja de hecho e hijos dependientes menores de 21 años, ya sea que vivan en el hogar o no; y (2) para personas menores de 18 años, padres, parientes cuidadores y otros niños menores de 21 años de los padres o parientes cuidadores.

"Resumen en lenguaje sencillo": El resumen de la Política de Asistencia Financiera en el anexo "Resumen de Asistencia Financiera", destinado a cumplir con la Sección 501 (r) (4) del IRS.

III. Aplicabilidad de la Política:

Esta Política se aplica a toda la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria proporcionada por el Hospital o una entidad sustancialmente relacionada que trabaje en el Hospital. Esta Política se aplica solo a los cargos por servicios del Hospital y no es vinculante para otros proveedores de servicios médicos que no están empleados o contratados por el Hospital para brindar servicios médicos, incluidos los médicos que tratan a pacientes del Hospital en casos de emergencia, pacientes hospitalizados o ambulatorios. Los médicos no cubiertos por esta póliza que brindan servicios a pacientes que no tienen seguro o no pueden pagar sus facturas médicas debido a altos costos médicos pueden tener sus propias pólizas de asistencia financiera para brindar asistencia. El Hospital no es responsable de la administración de ningún programa de asistencia financiera ofrecido por los médicos del personal médico no empleados del Hospital o las prácticas de facturación de dichos médicos.

IV. Responsabilidad del paciente

Las políticas de asistencia financiera deben equilibrar la necesidad de asistencia financiera del paciente con la administración fiscal más amplia del Hospital. La asistencia financiera a través de los programas de pago con descuento y atención caritativa no sustituye la responsabilidad personal. Es responsabilidad de los pacientes participar en el proceso de selección de asistencia financiera; proporcionar razonablemente al Hospital información o documentación permitida por la ley; solicitar cobertura bajo programas públicos dentro de los 30 días posteriores a la solicitud del Hospital, si corresponde; y, cuando corresponda, contribuir al costo de su atención en función de su capacidad de pago. Las agencias externas de cobro de deudas y las prácticas internas de cobro del Hospital reflejarán la misión y visión del Hospital.

V. Procedimiento:

1. Elegibilidad para asistencia financiera

A. Atención caritativa

Un paciente califica para la **atención caritativa** si se cumplen todas las siguientes condiciones: (1) el paciente no tiene cobertura de terceros de una aseguradora de salud, plan de servicios de atención médica, plan de fideicomiso sindical, Medicare o Medicaid, según lo determine y documente el hospital; (2) la lesión del paciente no es una lesión indemnizable para fines de compensación laboral, seguro de automóvil u otro seguro, según lo determine y documente el Hospital; y (3) el ingreso familiar del paciente no excede el 350% del Nivel Federal de Pobreza.

Los saldos de los pacientes que califican para la atención caritativa se reducirán a cero dólares ($0), y el saldo restante se eliminará y se clasificará como atención caritativa.

Un paciente que tiene cobertura de terceros o cuya lesión es una lesión indemnizable para fines de compensación laboral, seguro de automóvil u otro seguro, según lo determine y documente el Hospital, no califica para la Atención Caritativa, pero puede calificar para el Programa de Pago de Descuento si se cumplen ciertas condiciones, como se describe en la sección "Programa de Pago de Descuento" a continuación.

B. Programa de pago de descuento

Pacientes que pagan por cuenta propia

Un paciente que paga por cuenta propia califica para el Programa de **Pago de Descuento** si: (i) el Ingreso Familiar del paciente no excede el 600% del Nivel Federal de Pobreza actual; (ii) el paciente no tiene cobertura de terceros de una aseguradora de salud, plan de servicios de atención médica, plan de fideicomiso sindical, Medicare o Medicaid; y (iii) la lesión del paciente no es una lesión indemnizable a los efectos de la compensación laboral, el seguro de automóvil u otro seguro, según lo determine y documente el Hospital.

Pacientes asegurados

Un paciente que tiene cobertura de terceros o cuya lesión es una lesión indemnizable a los efectos de la compensación laboral, el seguro de automóvil u otro seguro, según lo determine y documente el Hospital, califica para el Programa de **Pago de Descuento** si: (i) el paciente tiene un ingreso familiar igual o inferior al 600% del nivel federal de pobreza actual; y (ii) el paciente tiene gastos médicos de bolsillo que exceden el menor de: (a) el diez por ciento (10%) de los ingresos familiares del paciente en los doce (12) meses anteriores (ya sea incurrido o pagado dentro o fuera de cualquier hospital); o (b) los gastos de bolsillo anuales incurridos por la persona en el Hospital que excedan el 10% de los ingresos familiares actuales del paciente.

Obligación del paciente

Los saldos de los pacientes que califiquen para el Programa de Pago de **Descuento** se reducirán; cualquier descuento se aplicará a los cargos brutos por los servicios hospitalarios prestados. La obligación de pago de un paciente elegible para el Programa de **Pago con Descuento** se determinará caso por caso, pero no excederá el mayor de (a) los Montos Generalmente Facturados (AGB); y (b) el monto que el Hospital esperaría recibir por brindar servicios de Medicare o Medicaid, lo que sea mayor (el "Pago Máximo con Descuento"). Un paciente elegible con seguro estará obligado a pagar una cantidad igual a la diferencia entre lo que el Hospital recibe de la compañía de seguros y el Pago Máximo con Descuento. Si el monto pagado por el seguro excede el Máximo de Pago Con Descuento, el paciente no tendrá ninguna obligación de pago adicional.

Para un paciente que paga por cuenta propia que es residente de Illinois y se determina a través del proceso de solicitud de asistencia financiera que es elegible bajo la Ley de Descuento para Pacientes No Asegurados del Hospital de Illinois, las obligaciones de pago del paciente con el Hospital en cualquier período de 12 meses no excederán el 20% de los ingresos familiares del paciente.

El **Programa de Pago de Descuento** también incluirá un plan de pago extendido sin intereses para permitir el pago del precio con descuento a lo largo del tiempo. El Hospital y el paciente negociarán los términos de un plan de pago extendido, teniendo en cuenta los ingresos familiares del paciente y los gastos de vida esenciales.

C. Presunta elegibilidad hospitalaria y otras circunstancias

El hospital cumplirá con todos los requisitos federales y estatales aplicables con respecto a la presunta elegibilidad. La Política de Elegibilidad Presunta del Hospital considerará que un paciente es presuntamente elegible para recibir asistencia financiera del hospital si demuestra uno o más de los criterios de elegibilidad presunta según lo exige la ley. El Hospital puede utilizar una agencia externa o una determinación del Director del Departamento de Servicios Financieros para Pacientes (PFS) del Hospital para extender la Atención Caritativa o el Programa de Pago de Descuento a los pacientes en las circunstancias que se enumeran a continuación (presunta elegibilidad). La elegibilidad presunta no transmite un derecho a servicios futuros. El Hospital tampoco puede divulgar la determinación de elegibilidad presunta y puede no tener acceso a los datos utilizados por una agencia externa. Las circunstancias a continuación se consideran formas de atención caritativa y pueden documentarse como se refleja en el código de transacción utilizado para adjudicar el reclamo del paciente, incluidas, entre otras, las transacciones relacionadas con la atención caritativa, los descuentos por pago por cuenta propia, los servicios no cubiertos y las denegaciones.

(i) El paciente califica para beneficios limitados bajo el programa Medicaid del estado, *es decir*, beneficios limitados por embarazo o emergencia, pero no tiene beneficios para otros servicios proporcionados en el Hospital. Esto incluye servicios no cubiertos relacionados con:

- Servicios prestados a beneficiarios de Medicaid con Medicaid restringido (es decir, pacientes que solo tienen beneficios por embarazo o de emergencia, pero reciben otra atención del Hospital);
- Solicitudes pendientes de Medicaid que no se aprueben posteriormente, siempre que la solicitud indique que el paciente cumple con los criterios para la atención caritativa;
- Medicaid u otras denegaciones de programas de atención a indigentes;
- Cargos relacionados con días que excedan el límite de duración de la estadía; y
- Cualquier otra responsabilidad restante por pagos de seguros.

(ii) El paciente califica para un programa de servicios médicos para indigentes a nivel de condado, pero el Hospital no recibe ningún pago.

(iii) Se han hecho esfuerzos razonables para localizar y contactar al paciente, dichos esfuerzos no han tenido éxito y el Director de PFS del Hospital tiene motivos para creer que el paciente calificaría para la Atención Caritativa o el Programa de Pago de Descuento, por ejemplo, el paciente ha fallecido, está en bancarrota, encarcelado (y no reembolsado por un programa estatal de Medicaid), no responde, no tiene hogar o no está dispuesto a proporcionar documentación.

(iv) Una agencia de cobranza externa ha hecho esfuerzos para cobrar el saldo pendiente y ha recomendado al Director de PFS del Hospital que se ofrezca Atención Caritativa o el Programa de Pago con Descuento.

(v) Después de los esfuerzos de cobro y las negociaciones con el pagador, cualquier cargo no reembolsado de servicios no cosméticos, incluidos los servicios no cubiertos o denegados de cualquier pagador, como cargos por días más allá de un límite de duración de estadía, beneficios agotados, saldo de cobertura restringida, cuentas pendientes de Medicaid y denegaciones de pagadores, se consideran una forma de asistencia financiera para pacientes en St. Mary's Hospital. Los cargos relacionados con estos descuentos cancelados durante el año fiscal se informan como atención no compensada.

(vi) El paciente es elegible para programas que incluyen, entre otros:

- Programas de prescripción financiados por el estado;
- programas para mujeres, bebés y niños (WIC);
- Programas de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), es decir, cupones de alimentos;
- Programas de almuerzos escolares subsidiados;
- Otros programas de asistencia estatales o locales que no están financiados (por ejemplo, reducción de gastos de Medicaid);
- Se proporciona vivienda subsidiada / de bajos ingresos como una dirección válida; y
- Importancia histórica del impago que establece una justificación del impago futuro y la falta de capacidad de pago.

(vii) Otras circunstancias de la atención caritativa se documentarán en el registro del paciente indicado por tipo de transacción o en las notas del paciente.

D. Determinación de ingresos

A los efectos de determinar la elegibilidad para los Programas de Atención Caritativa y Pago de Descuentos, la documentación de ingresos de la familia del paciente deberá incluir cualquiera de los siguientes: copias de los dos talones de pago más recientes, una copia de la declaración de impuestos más reciente; una copia del formulario W-2 y los formularios 1099 más recientes, verificación de ingresos por escrito de un empleador si se paga en efectivo; u otra forma razonable de verificación de ingresos de terceros que se considere aceptable para el Hospital. La solicitud de asistencia financiera solicita la información del paciente necesaria para determinar la elegibilidad del paciente según esta Política, incluidos los ingresos del paciente o de la familia y el tamaño de la familia del paciente. El Hospital no solicitará ninguna información adicional que no sea la solicitada en la solicitud de asistencia financiera. Sin embargo, un paciente que busca asistencia financiera puede proporcionar voluntariamente información adicional si así lo desea. La calificación para la asistencia financiera se determinará únicamente por la capacidad de pago del paciente y/o del representante de la familia del paciente. La calificación para la asistencia financiera no se basará de ninguna manera en la edad, el género, la orientación sexual, el origen étnico, el origen nacional, la condición de veterano, la discapacidad o la religión. Consulte los apéndices "Programa de atención caritativa" y "Programa de pago de descuento de asistencia financiera" para obtener detalles sobre los ingresos utilizados para determinar los ingresos familiares del paciente.

E. Niveles federales de pobreza

La medición del Nivel Federal de Pobreza se hará por referencia a las Guías de Pobreza de Salud y Servicios Humanos más actualizadas para el número de personas en la familia o el hogar del paciente. Las Guías de Pobreza del HHS son actualizadas periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos bajo la autoridad de la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos y están disponibles a https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines o por solicitud del Departamento de Servicios Financieros para Pacientes del Hospital al 773-990-3289.

2. Aplicación Proceso

A cualquier paciente que solicite asistencia financiera o que sea identificado como elegible para recibir asistencia financiera por el proceso de evaluación del Hospital se le pedirá que complete una solicitud de asistencia financiera. La solicitud incluye la dirección de la oficina y el número de teléfono para llamar si el paciente tiene alguna pregunta sobre el programa de asistencia financiera o el proceso de solicitud. Se espera que un paciente presente la solicitud de asistencia financiera inmediatamente después de la atención, pero a más tardar doscientos cuarenta (240) días después de la fecha de la primera declaración posterior al alta.

Para solicitar una solicitud de asistencia financiera, comuníquese con nosotros:

773-990-3289
St. Mary's Hospital
c/o Patient Financial Services-HBRC
3628 E. Imperial Hwy, Suite 104
Lynwood, CA 90262

3. Resolución de disputas

Cualquier disputa relacionada con la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera será dirigida y resuelta por el Director Financiero del Hospital.

4. Publicación de Política

Con el fin de garantizar que los pacientes conozcan la existencia de esta Política, el Hospital tomará las siguientes medidas:

- El aviso de la disponibilidad de asistencia financiera se publicará de manera clara y visible en lugares que sean visibles para los pacientes en las siguientes áreas: (1) Departamento de emergencias; (2) Oficina de facturación; (3) Oficina de Admisiones; (4) otros entornos ambulatorios, incluidas las unidades de observación; y (5) se muestra de manera destacada en el sitio web del Hospital, con un enlace a la Política en sí.

- Todo paciente que sea atendido en el Hospital, ya sea admitido o no, recibirá el aviso en el anexo "Resumen de asistencia financiera en lenguaje sencillo". El aviso se proporcionará en el momento del servicio, el alta o cuando el paciente abandone el centro. El aviso se proporcionará en inglés y en idiomas distintos del inglés hablados por al menos el 5% de los pacientes atendidos por el Hospital anualmente.

- Cada factura que se envíe a un paciente que no haya proporcionado prueba de cobertura por parte de un tercero en el momento en que se brinda la atención o al momento del alta debe incluir el "Aviso que se incluirá en los estados de cuenta posteriores al alta a los pacientes que no hayan proporcionado prueba de seguro" incluido en los apéndices. El aviso se proporcionará en idiomas distintos del inglés hablados por un número sustancial de pacientes atendidos por el Hospital.

5. Esfuerzos para obtener información

El Hospital hará todos los esfuerzos razonables para evaluar a todos los pacientes, con el acuerdo del paciente, para la asistencia financiera del Hospital y la elegibilidad del programa de seguro de salud público lo antes posible. El Hospital revisará y evaluará la elegibilidad potencial del paciente para recibir asistencia financiera ofrecida por el Hospital, el seguro médico privado, el mercado federal de seguros de salud, Medicare, Medicaid y/u otros programas financiados por el gobierno, u otra atención con descuento conocida por el Hospital. La evaluación evaluará el seguro de salud privado o público que puede cubrir total o parcialmente los cargos por la atención brindada por el Hospital al paciente. El Hospital informará al paciente de la evaluación del Hospital, documentará en el registro del paciente las circunstancias de la evaluación y ayudará con la solicitud de asistencia financiera. El hospital ofrecerá evaluar a un paciente asegurado para recibir asistencia financiera del hospital según esta Sección si el paciente solicita una evaluación de asistencia financiera, si se contacta al hospital en respuesta a una factura, si el hospital recibe información que sugiere una incapacidad para pagar o si el hospital se da cuenta de otras circunstancias que sugieren la incapacidad del paciente para pagar.

Si un paciente no indica que tiene cobertura de un tercero pagador o solicita asistencia financiera, el personal del Hospital deberá proporcionar al paciente un aviso que incluya lo siguiente: (a) una solicitud para que el paciente informe al Hospital si el paciente tiene cobertura de seguro médico privado o público u otra cobertura, (b) una declaración de que, si el paciente no tiene cobertura de seguro médico, el paciente puede ser elegible para la cobertura del programa Medicaid del estado u otros programas gubernamentales; (c) una declaración que indique cómo el paciente puede obtener solicitudes para el programa Medicaid del estado u otros programas gubernamentales (y, según corresponda, el Hospital proporcionará dichas solicitudes al paciente); y (d) información sobre el programa de asistencia financiera del Hospital.

Si un paciente se niega o no responde a la evaluación o seguimiento del Hospital con respecto a la presentación de la solicitud, el Hospital documentará en el registro del paciente la decisión del paciente de rechazar o no responder.

6. <u>Actividades de la colección</u>

El Hospital puede utilizar los servicios de una o más agencias de cobro externas para el cobro de la deuda del paciente. Antes de participar en las actividades de cobro, el hospital proporcionará a los pacientes sin seguro una factura precisa, la oportunidad de solicitar asistencia financiera bajo la política de asistencia financiera del hospital y la oportunidad de solicitar un plan de pago razonable. No se adelantará ninguna deuda para su cobro hasta que el Director de Servicios Financieros para Pacientes del Hospital, o su designado, haya revisado la cuenta y aprobado el adelanto de la deuda al cobro. Si se recibe una solicitud de asistencia financiera y está incompleta, el Hospital proporcionará un aviso por escrito de los elementos pendientes y esperará un período de tiempo razonable antes de iniciar o reanudar las Acciones de Cobro Extraordinarias. El Hospital no iniciará ninguna actividad de cobro extraordinario (ECA) hasta después de al menos 90 días después de la fecha de alta, recepción de servicios ambulatorios o factura inicial (lo que ocurra más tarde)

Cualquier agencia de cobranza utilizada por el Hospital deberá cumplir con cualquier plan de pago celebrado entre el Hospital y el paciente. Si un paciente solicita asistencia financiera, cualquier acción de cobro se suspenderá en espera de la decisión sobre la solicitud de asistencia financiera del paciente. Si, durante las colecciones, se descubre que el paciente califica en su totalidad o en parte para Charity Care o un descuento por pago por cuenta propia, los esfuerzos de cobro cesarán y el saldo respectivo se cancelará a Charity Care o como un descuento por pago por cuenta propia. Ni el Hospital ni ninguna agencia de cobranza utilizada por el Hospital (i) usará embargos de salario o gravámenes en residencias principales para cobrar facturas médicas impagas o (ii) reportará información adversa a una agencia de informes de crédito del consumidor o iniciará una acción civil contra un paciente por falta de pago en cualquier momento antes de 150 días después de la facturación inicial. El Hospital no emprenderá acciones legales por falta de pago de una factura hospitalaria contra pacientes sin seguro que hayan demostrado claramente que no tienen ingresos o activos suficientes para cumplir con sus obligaciones financieras.

Al menos treinta (30) días antes de comenzar cualquier Acción de Cobro Extraordinaria (ECA), el Hospital debe enviar un aviso al paciente que especifique lo siguiente: (i) actividades de cobro que el Hospital o la agencia de cobro contratada pueden tomar; (ii) la fecha después de la cual se pueden tomar tales medidas, (iii) que la asistencia financiera está disponible para los pacientes elegibles; (iv) las fechas de notificación de la factura que se asignan a las cobranzas; (v) el nombre de la entidad a la que se asigna o vende la factura; (vi) información sobre cómo el paciente puede obtener una factura detallada del Hospital; (vii) el nombre y el tipo de plan de la cobertura de salud para el paciente registrado en el Hospital en el momento de los servicios, o una declaración de que el Hospital no tiene esa información; (viii) una solicitud para la atención caritativa del hospital y otros programas de asistencia financiera; y (ix) la fecha en que se envió originalmente al paciente un aviso de disponibilidad de asistencia financiera, la fecha o fechas en que se envió al paciente una solicitud de asistencia financiera y, si corresponde, la fecha en que se tomó una decisión.

Si se recibe una solicitud completa dentro del período de solicitud de doscientos cuarenta (240) días, se suspenderán todas las acciones de cobro extraordinarias mientras se determina la elegibilidad.

St. Mary's Hospital

500 W. Court Street, Kankakee, IL 60901

Programa de Asistencia Financiera y Atención Caritativa – Resumen en Lenguaje Sencillo

St. Mary's Hospital se compromete a cuidar a toda la comunidad. Para apoyar a las personas que pueden no tener seguro médico o los medios financieros para pagar la atención médica, ofrecemos un programa integral **de asistencia financiera y atención caritativa**. Este programa refleja nuestro compromiso de brindar atención médica compasiva y de alta calidad a todos los que califiquen.

Los documentos de asistencia financiera, incluida la política, este resumen en lenguaje sencillo y la solicitud, están disponibles en varios idiomas y se pueden encontrar en nuestro sitio web en: https://stmaryshospitalkankakee.org/financial-assistance/ .

¿Quién califica para recibir asistencia?

- **Atención caritativa/cobertura total (100% de descuento):**
  Disponible para personas o familias con ingresos iguales o inferiores al 350% del Nivel Federal de Pobreza (FPL). Los pacientes elegibles pueden recibir una cancelación del 100% de la parte de los cargos de los que son responsables.
- **Asistencia financiera/cobertura parcial (tarifas con descuento):**
  Puede estar disponible para aquellos con ingresos inferiores al 600% del FPL. Los pacientes elegibles pueden recibir tarifas con descuento para atención de emergencia y médicamente necesaria.

Cómo aplicar:

Para ser considerado para recibir asistencia financiera, los pacientes deben:

- Complete una solicitud de asistencia financiera y envíe toda la documentación requerida como se describe en el formulario.
- Cooperar de buena fe durante todo el proceso de selección y solicitud, incluida la respuesta oportuna a cualquier solicitud de información del personal del hospital.
- Proporcione toda la documentación financiera y de respaldo solicitada dentro de los 30 días posteriores a la solicitud del hospital.

Información importante:

- **Otras fuentes de pago**
  Antes de que se pueda considerar la asistencia financiera, se deben utilizar todas las demás opciones de pago, incluidos seguros, terceros pagadores, reclamos de responsabilidad, compensación laboral u otros programas públicos.
- **Participación limitada del proveedor**
  No todos los servicios o proveedores están cubiertos por el Programa de Asistencia Financiera/Atención Caritativa del hospital. Es posible que los servicios proporcionados por profesionales de la salud que están fuera de la red bajo su plan de seguro, o proveedores que no participan en el programa del hospital, no califiquen.

¿Necesita ayuda o tiene preguntas?

Nuestros representantes de pacientes están disponibles para ayudarlo con el proceso de solicitud y responder cualquier pregunta que pueda tener, llame al **773-990-3289** o envíe un correo electrónico a **financialassistance@primehealthcare.com.**

¿Listo para aplicar?

Envíe la solicitud y la documentación de respaldo a:

St. Mary's Hospital
c/o Patient Financial Services-HBRC
3628 E. Imperial Hwy, Suite 104
Lynwood, CA 90262

St. Mary's Hospital
500 W. Court Street, Kankakee, IL 60901

[Aviso que se incluirá en todos los estados de cuenta posteriores al alta]

Programa de pago de descuento y atención caritativa

Los pacientes que carecen de seguro o que tienen un seguro inadecuado y cumplen con ciertos requisitos de ingresos bajos y moderados pueden calificar para pagos con descuento o atención caritativa. Los pacientes que buscan atención gratuita o con descuento deben obtener y enviar una solicitud que será revisada por el Hospital. A ningún paciente elegible para asistencia financiera se le cobrará más por atención de emergencia o médicamente necesaria que los montos generalmente facturados a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención. Para obtener más información, copias de la documentación o asistencia con el proceso de solicitud, comuníquese con el Hospital al 773-990-3289 o visite https://stmaryshospitalkankakee.org/financial-assistance/ para obtener más información. También se le pueden enviar copias gratuitas de la documentación de asistencia financiera por correo y están disponibles en idiomas distintos del inglés hablados por un número sustancial de pacientes atendidos por el Hospital. Los médicos del Departamento de Emergencias y otros médicos que no son empleados del Hospital también pueden proporcionar atención caritativa o programas de pago con descuento. Comuníquese al 773-990-3289 para obtener más información.

St. Mary's Hospital
500 W. Court Street, Kankakee, IL 60901

Aviso que se incluirá en los estados de cuenta posteriores al alta a los pacientes que no hayan proporcionado prueba de seguro

Nuestros registros indican que no tiene cobertura de seguro médico o cobertura de Medicare, Medicaid, programas de cobertura de salud financiados por el estado u otros programas similares. Si tiene dicha cobertura, comuníquese con nuestra oficina al 773-990-3289 lo antes posible para que se pueda obtener la información y facturar a la entidad correspondiente.

Si no tiene cobertura de seguro médico, puede ser elegible para Medicare, Medicaid, cobertura ofrecida a través del mercado federal de seguros de salud, cobertura de salud financiada por el estado o el condado, o el Programa de Atención Caritativa o Pago con Descuento del St. Mary's Hospital. Para obtener más información sobre cómo solicitar estos programas, comuníquese con nuestra oficina para que podamos responder sus preguntas y proporcionarle solicitudes para estos programas.