



Setting: Hospital	Area/Department(s): Fiscal
Title: Poliza del Programa de Asistencia Financiera	
Category/Chapter: 26 CFR 1.501(r); 210 ILCS 89/1 et seq; 77 Ill. Admin Code 4500	

PALABRAS CLAVES: caridad, cuidado de caridad, descuento, asistencia, sin seguro médico, seguro insuficiente, la elegibilidad

I. PROPOSITO:

Establecer un programa de asistencia financiera que se aplica a todos los cuidados de emergencia y los servicios médicamente necesarios proporcionados por el Illinois Valley Community Hospital (el "Hospital"), consistente con los requisitos establecidos en los Impuestos Internos de la Sección de Código 501 (r) y los reglamentos correspondientes (26 CFR 1.501 (r)) ("Reglamento del IRS"), la Ley de descuento del hospital de Illinois para pacientes no asegurado (210 ILCS 89/1 et seq) y la Ley de Facturación del Paciente de Illinois Justo y reglamentos correspondientes (77 Ill. Código Administrador 4500) ("Reglamento de Illinois"), todos como pueden ser modificada de vez en cuando. La prestación de asistencia financiera puede ahora o en el futuro, estar sujetos a cambios de acuerdo con las regulaciones federales, estatales y locales.

II. POLÍZA:

Illinois Valley Community Hospital se dedica a proporcionar una atención excepcional a través de un compromiso con la excelencia clínica y la compasión para todos los pacientes, todos los días. Vamos a proporcionar Atención de Emergencia y Servicios Médicamente Necesarios (definidos más adelante), dentro de nuestra capacidad, a nuestros pacientes, independientemente de su capacidad de pago. Cualquier persona que solicita información adicional sobre el programa de asistencia financiera del Hospital puede ponerse en contacto con Servicios Financieros del Paciente o Facturación por teléfono al (815) 780-3418 o en su dirección física del 925 West Street, Perú, IL 61354.

III. **ALCANCE:**

Esta póliza se aplica a todos los pacientes del Hospital y para todos los empleados del hospital que se comunican con los pacientes en relación con las pólizas de atención de caridad o la asistencia financiera del hospital.

IV. **RESPONSABILIDAD:**

Es responsabilidad del Departamento de Servicios Financieros de Paciente del Hospital ("Departamento") para administrar esta póliza.

V. **DEFINICIONES:**

Cantidad que Generalmente se Facturan (AGB) significa cantidades generalmente que se cobran a las personas que tienen seguro de salud y cubren ese cuidado. AGB se calcula utilizando el método de revisión retrospectiva multiplicando los gastos brutos de la atención proporcionada a la persona por el caso " Porcentaje de AGB ", como se describe en las regulaciones del IRS. Los pacientes pueden obtener información sobre el porcentaje AGB y cómo el Hospital calcula de forma gratuita a petición del Departamento llamando al (815) 780-3418. El Hospital iniciara la aplicación del porcentaje AGB por el día cuarenta y cinco (45) después del final del período de doce (12) meses del Hospital utilizado para calcular el Porcentaje AGB.

Solicitud se refiere a la forma proporcionada por el Hospital y utilizado por los pacientes para solicitar ayuda financiera.

Plazo de Solicitud significa el período de doscientos cuarenta (240) días que comienza en la fecha del primer estado de cuenta que se le envía al paciente.

Acción de Colección significa cualquier remisión de una agencia de colección o bufete de abogados para cobrar el pago de los servicios hospitalarios de un paciente o garante de un paciente.

Atención de Emergencia significa la atención a "Condiciones Médicas de Emergencia" tal como se definen en virtud de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo ("EMTALA") y Póliza de EMTALA del Hospital, tanto en lo que podrán ser modificadas de vez en cuando.

Familia significa un grupo de dos o más personas que viven juntas y que están relacionados por nacimiento, matrimonio o adopción. Además, si el paciente reclama a alguien como dependiente de su en su declaración de impuestos sobre la renta, la persona puede ser considerada un dependiente para propósitos de suministro de asistencia financiera .

Los Ingresos de la Familia, la suma de los ingresos de una familia y los beneficios en efectivo de todas las fuentes antes de impuestos, deducidos los pagos de manutención infantil.

Normas Federales de Pobreza de ingresos o " FPG ", significa los niveles de pobreza que se actualizan periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos bajo la autoridad de 42 U.S.C. 9902 (2).

Los Servicios Médicamente Necesarios o Cuidado Médico Necesario incluye cualquier servicio de hospitalario al paciente interno o externo proveído por el Hospital a un paciente, incluyendo productos farmacéuticos o materiales, cubiertos bajo el Título XVIII de la Ley Federal del Acta del Seguro Social ("Medicare") para los beneficiarios con la misma presentación clínica como un individuo que no es elegible para recibir asistencia financiera bajo esta póliza. Los servicios médicamente necesarios no incluyen:

1. Los servicios no médicos, como los servicios sociales y vocacionales; o
2. Cirugía cosmética electiva (Por el contrario, la cirugía plástica diseñada para corregir la desfiguración causada por una lesión, enfermedad o defecto congénito o deformidad califica como Cuidado Médicamente Necesario).

Resumen en Términos Sencillos significa una declaración escrita que notifica a un individuo que el Hospital ofrece asistencia financiera de conformidad con esta póliza y proporciona la información adicional requerida por las regulaciones del IRS en un lenguaje claro, conciso y fácil de entender.

Criterios de Elegibilidad Presuntiva significa las siguientes categorías identificadas como una demostración de la necesidad económica por parte de un Paciente No Asegurado:

1. La falta de vivienda;
2. Fallecida, sin conocimiento de bienes;
3. incapacidad mental, sin nadie a actuar en nombre del paciente; y
4. Elegible para Medicaid, pero no en la fecha de servicio o de servicio no cubierto.

Servicios que Califican significa Atención de Emergencia y/o Atención Médica Necesaria proporcionada a los Pacientes No Asegurados y Servicios de Emergencia proporcionados a los pacientes con Seguro Insuficiente.

Plan de Pago Razonable significa una que ofrece el Hospital que toma en cuenta los ingresos del paciente disponibles y bienes, la cantidad adeudada, y cualquier pago anteriores. Los términos y condiciones del plan de pago deben ser razonables y apropiados.

Pacientes con Seguro Insuficiente significa que un paciente a quien cualquiera de los siguientes puede aplicar:

1. La cobertura de terceros está disponible, pero con beneficios limitados (es decir, el paciente tiene un saldo pendiente después del seguro);
2. El paciente ya es elegible para recibir asistencia (por ejemplo, Medicaid), pero los servicios en particular no están cubiertos;
3. Los beneficios de Medicare o Medicaid se han agotado, y el paciente no tiene capacidad de pago; o
4. El paciente tiene algún tipo de seguro o asistencia de terceros, pero todavía tiene gastos de su propio bolsillo que excedan sus capacidades financieras.

Paciente No Asegurado significa que un paciente no está cubierto por una póliza de seguro de salud y no es un beneficiario de acuerdo con seguro público o privado de salud, beneficios para la salud, u otro programa de cobertura de salud, incluidos los planes de altos deducibles de seguros de salud, compensación de trabajadores, el seguro de responsabilidad de accidentes, u otro seguro de responsabilidad civil de terceros.

VI. PROCESO DE SOLICITUD Y AYUDA FINANCIERA:

A. REPASO. El Hospital ofrece asistencia financiera que va desde descuentos parciales a las descuentos en totalidad para los Servicios Calificantes a personas que califiquen podrán beneficiarse de esta póliza. Excepciones para proporcionar una asistencia más generosa se puede hacer a la entera discreción del Hospital. Sin embargo, la concesión de la ayuda se basa en una determinación individual de la necesidad económica, y no tomara en cuenta la edad, el género, la raza, la condición social o inmigrante, orientación sexual o afiliación religiosa. Pacientes que no puedan pagar los servicios deben consultar con los asesores financieros del Hospital para obtener ayuda con la identificación de los recursos disponibles para cumplir las obligaciones financieras. Además, como se describe adicionalmente en la Póliza de EMTALA del hospital, el Hospital proporcionará atención de emergencia sin discriminación a todas las personas, independientemente de su capacidad de pago o elegibilidad bajo esta póliza.

B. Responsabilidades del Hospital y el Paciente con respecto a la Asistencia Financiera. Tanto el hospital y el paciente son responsables de su papel en el proceso de ayuda financiera.

1. Responsabilidades del Hospital - El hospital es responsable de:

- a. Hacer un esfuerzo razonable para dar a conocer su programa de asistencia financiera a los residentes de la comunidad atendida por el Hospital y notificar a los visitantes del hospital sobre el programa de asistencia financiera;
- b. Evaluar la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera de una manera justa, consistente y oportuna, de conformidad con esta póliza; y
- c. Notificar a los pacientes de posibles opciones de pago.

2. Responsabilidades del Paciente - El paciente es responsable de:

- a. Cooperar con el Hospital para proporcionar la información y documentación necesarias para solicitar otros recursos financieros existentes que podrían estar disponibles para pagar el cuidado de la salud, tales como la responsabilidad civil de terceros;
- b. Rápidamente, y no más tarde de treinta (30) días siguientes a la petición, solicitamos cobertura con programas públicos como Medicare, Medicaid, AllKids, Programa de Seguro de Salud Infantil del Estado, o cualquier otro

- programa, si hay una base razonable para creer que el paciente no asegurado puede ser elegible para dicho programa;
- c. Actuando de manera razonable y cooperar de buena fe con el proceso de solicitud y evaluación. Esto incluye, pero no se limita a, proporcionar rápidamente al hospital con la información y documentación necesaria correspondiente financiera y otra para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera bajo esta póliza, así como para establecer las opciones de plan de pago razonable. La información precisa y documentación necesaria para establecer la elegibilidad deben ser provistos por la tarde del último día del período de solicitud o treinta (30) días después de la solicitud de dicha información;
 - d. Cooperando con el Hospital en el establecimiento de unos Planes de Pago Razonables y haciendo esfuerzos de buena fe en cumplir el plan, en su caso;
 - e. Rápidamente, y no más tarde de treinta (30) días siguientes a dicho cambio, notificar al hospital de cualquier cambio en la situación financiera que pueda afectar la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera o capacidad para cumplir con las disposiciones de un acuerdo sobre Plan de Pago Razonable;
 - f. Informar al Hospital, en su posterior ingreso hospitalario o encuentros de consulta externa, que el paciente ha recibido previamente servicios de atención médica del hospital y fue determinado que es elegible para el cuidado de descuento, si le aplica.

C. Criterios de Elegibilidad.

1. El paciente es un Paciente No Asegurado o con Seguro Insuficiente de Pacientes que califica para la asistencia según la necesidad económica determinada con arreglo a la Sección VI (F).
2. El paciente recibe Servicios Elegibles; y
3. El paciente completa una Aplicación como lo requiere la Sección VI (D).

D. Aplicación.

1.El Hospital deberá proporcionar a los pacientes con Aplicaciones que cumplan con los requisitos establecidos en la legislación estatal y federal. Las aplicaciones estarán disponibles en inglés, español y cualquier otro idioma que es el idioma primario de al menos el 5% de los pacientes atendidos por el Hospital anualmente.

2. Los pacientes que solicitan asistencia financiera deben completar la solicitud del Hospital y presentarlo al Departamento para su procesamiento con el fin de establecer la elegibilidad. Si un paciente demuestra que él o ella cumple con los criterios de elegibilidad presunta o de lo contrario es presuntamente elegible en virtud del ingreso de la familia del paciente, no se requerirá el paciente para completar partes de la Solicitud de información mencionando gastos mensuales y las cifras de gastos estimados. Los Criterios de Elegibilidad presuntivos se aplicarán a un Paciente No Asegurado tan pronto como sea posible después de recibir los Servicios Calificados y con anterioridad a la facturación para esos servicios por el Hospital.

3. En apoyo de su Solicitud, cada paciente debe presentar la documentación de Ingresos de la Familia. La documentación aceptable incluirá cualquiera de los siguientes:

- a. Una copia de la última declaración de impuestos del IRS;
- b. Una copia del más reciente formulario W-2 y 1099;
- c. Copias de los dos últimos talones de pago; o
- d. Verificación escrita de ingresos de un empleador si al empleado se le paga en efectivo; o
- e. Las copias de las cuentas bancarias recientes.

4. Un Paciente No Asegurado solicitando ayuda financiera también puede ser necesario certificar la existencia de bienes que el paciente posee y proporcionar la documentación del valor de dichos bienes. La documentación aceptable puede incluir declaraciones de instituciones financieras o de alguna otra verificación por terceras partes del valor de bienes. Si no existe una verificación por terceros, a continuación, el paciente deberá certificar que el valor estimado de los bienes. Los bienes no se consideran en la determinación de la elegibilidad de un paciente para recibir

asistencia financiera bajo esta póliza, a excepción de los efectos de determinar la aplicabilidad de la cantidad de colección máxima de 12 meses que se describe en la Sección VI (F).

5. El Hospital también puede obtener un informe de crédito o utilizar otros datos externos a disposición del público con el fin de identificar los gastos adicionales, obligaciones, y el ingreso para ayudar en el desarrollo de una comprensión completa de la situación financiera del paciente.

6. No se requerirá a un Paciente No Asegurado a presentar un Número de Seguro Social con el fin de calificar para ayuda financiera bajo esta póliza. Sin embargo, un número de Seguro Social puede ser solicitado para ayudar a determinar la elegibilidad del paciente para los programas públicos como Medicare o Medicaid.

E. Procedimiento para la Presentación y Revisión de Aplicaciones.

1. Los formularios de Solicitud de Ayuda Financiera pueden ser presentadas al Departamento en cualquier momento durante el Período de Solicitud.

2. Las solicitudes de ayuda financiera pueden ser presentadas por una variedad de fuentes, incluyendo el paciente, un miembro de la familia, una organización de la comunidad, una iglesia, una agencia de colección, cuidador, Administración de Hospitales y otros. Las solicitudes recibidas de terceros se enviarán al Departamento, que obtiene el consentimiento del paciente antes de trabajar con el tercero en nombre del paciente. El Departamento trabajará con el tercero para proporcionar los recursos disponibles para ayudar al paciente en el proceso de Aplicación.

3. El Departamento revisará la solicitud y la documentación de apoyo de acuerdo con las directrices establecidas en esta póliza y la Aplicación, haran una determinación de elegibilidad para asistencia financiera y aprobaran o negaran la Solicitud.

4. Después de la determinación de elegibilidad, el paciente será notificado por escrito de la determinación del Hospital, y, en su caso, la ayuda a la que él o ella es elegible.

La notificación de determinación incluirá la base para el resultado. Un paciente puede ponerse en contacto con el Departamento para confirmar su estado de cuenta.

5. Los pacientes elegibles serán provistos de un estado de cuenta que indica la cantidad que el paciente debe e instruir al paciente en cuanto a cómo él o ella puede obtener información adicional en relación con el cálculo de la AGB / el porcentaje AGB y la determinación de la asistencia financiera del paciente. Después de la revisión, la cantidad de asistencia financiera aprobada, determinado de acuerdo con la Sección VI (F), se aplicará a la cuenta del paciente por parte del Departamento.

6. Si se presenta una Solicitud incompleta, el Hospital deberá notificar por escrito al paciente que describe la información y documentación adicional requerida para completar la Solicitud, informar al paciente del plazo de completar y de cualquier Acción de Cobro que se puede tomar en su contra si la solicitud no se ha completado e incluirá un Resumen en Términos Sencillos. El paciente debe entonces completar la Solicitud a más tardar del último día del Período de Solicitud o treinta (30) días después de la notificación por escrito se provee bajo la presente Sección.

7. La elegibilidad para ayuda financiera será re-evaluado periódicamente, pero no más frecuencia que con cada encuentro médico posterior.

F. Guías Generales para Determinar la Cantidad de Asistencia Financiera.

1. Para las personas elegibles para recibir asistencia financiera bajo esta póliza, el Hospital no deberá cobrar cantidades en exceso de AGB para Cuidado de Emergencia o Servicios Médicos Necesarios, y que no cobrará cargos brutos para toda su atención médica.

2. Los Pacientes Sin Seguro y Los pacientes con Seguro Insuficiente que tienen un Ingreso Familiar igual o inferior a 150% de la reciente FPG reciben una reducción equivalente al 100% de los cargos por Servicios Elegibles. Si un paciente demuestra que él o ella cumple con los Criterios de Elegibilidad Presunta, el paciente deberá recibir una reducción equivalente al 100% de los cargos por servicios médicamente necesarios.

3. Los Pacientes Sin Seguro y Pacientes de tienen Seguro Insuficiente que tienen ingresos de la familia excediendo el 150%, pero inferior o igual al 300% del FPG serán elegibles para importantes descuentos en los cargos brutos establecidos como más adelante en el Anexo A y de conformidad con la Ley de descuento del Hospital de Illinois para pacientes sin seguro.

4. Siempre y cuando las siguientes condiciones existan, y la cantidad máxima que el hospital pueda coleccionar para la Atención Médica Necesaria en un período de doce (12) meses de un Paciente No Asegurado con un Ingreso Familiar inferior o igual a 300% de FPG es de 25% del Ingresos Familiar:

- a. El paciente informa al Hospital en las hospitalizaciones posteriores o ambulatorias que se encuentra con el que él o ella ha recibido previamente un descuento y continúa siendo elegible para el descuento;
- b. El paciente mantiene la elegibilidad para este beneficio continuó; y
- c. El paciente no tiene bienes con un valor de más de 300% del FPG. El Hospital se reserva el derecho de excluir a estos pacientes de la aplicación de este beneficio. Los bienes se descritos a continuación no serán contados en este cálculo.
 - i. Residencia primaria.
 - ii. La propiedad personal exenta de juicio bajo la Sección 12-1001 del Código de Procedimiento Civil.
 - iii. Cualquier cantidades mantenidas en un plan de pensiones o de jubilación, a condición, sin embargo, que las distribuciones y los pagos de pensión o plan de retiro se pueden incluir como ingreso.

G. Examen de circunstancias inusuales/atenuantes - El Departamento está autorizado para aprobar excepciones a esta política que son más favorables a un paciente en una base de caso

por caso debido a circunstancias inusuales o atenuantes. El Departamento deberá documentar por qué se concede dicha asistencia y mantener la documentación de apoyo.

VII. PRÁCTICAS DE FACTURACIÓN:

A. El Hospital debe proporcionar un paciente asegurado (que, a estos efectos, no incluya un paciente cubierto bajo cualquier programa financiado por el gobierno, tales como Medicare o Medicaid, la compensación o pasivo de seguro de accidentes de los trabajadores) un aviso por escrito que contenga la siguiente información durante la proceso de admisión o tan pronto como sea posible después de: i) el paciente puede recibir facturas separadas para los servicios por parte de profesionales de la medicina asociados con el hospital, pero algunos pueden no ser los proveedores participantes en los mismos planes de seguro y las redes en el Hospital; ii) en su caso, el paciente puede tener una mayor responsabilidad financiera para los servicios descritos anteriormente; y iii) preguntas sobre los niveles de cobertura o beneficios deben dirigirse a la compañía aseguradora del paciente y certificados de cobertura del paciente.

B. Todas las facturas de pacientes enviadas hasta ciento veinte (120) días después de la fecha del primer estado de cuenta deberá informar a los pacientes que la ayuda financiera está disponible cuando se cumplen los criterios de elegibilidad. Las facturas deben incluir la siguiente información: i) fecha (s) de servicio; ii) Descripción del servicio; iii) la cantidad adeudada; iv) contacto de facturación del Hospital (es decir, número de teléfono); v) declaración sobre cómo el paciente puede solicitar la consideración para ayuda financiera bajo la póliza de asistencia financiera del Hospital; y vi) la indicación de cómo obtener una factura detallada a petición.

C. Todas las facturas y avisos de cobro de los pacientes debe incluir un número de teléfono de contacto que los pacientes pueden llamar para hacer frente a las preguntas sobre, y las disputas sobre, su factura del Hospital. El Hospital debe regresar inmediatamente las llamadas realizadas por un paciente, pero en ningún caso más de dos (2) días después de haberse efectuado la llamada. Si el Hospital prevé un proceso que implica la correspondencia, el hospital debe responder dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción del escrito de la paciente.

VIII. PLANES DE PAGO Y LA ACTIVIDAD DE COLECCIÓN:

A. Antes de proseguir la Acción de Colección contra un individuo, el Hospital debe hacer esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para asistencia bajo esta póliza y, en su caso, proporcionar al individuo la oportunidad de establecer a un Plan de Pago Razonable.

B. Los pacientes que reciben asistencia financiera parcial que no pueden pagar la cantidad total de cualquier balance propio obligatorio en un solo pago se les ofrecerá un Plan de Pago Razonable. Tales planes para los pacientes que reciben descuentos parciales se desarrollarán sobre una base caso por caso con el paciente. No se calcularán intereses al saldo de la cuenta en cualquiera de dichas cuentas mientras que los pagos se realizan, a menos que el paciente ha elegido voluntariamente participar en un acuerdo de pago a largo plazo con intereses aplicada por un agente financiero de terceros.

C. El Hospital no perseguirá una Acción de Colección contra un paciente no asegurado que se ha demostrado claramente que él o ella no tiene suficientes ingresos o bienes para cumplir con sus obligaciones financieras siempre y cuando el paciente ha cooperado razonable y de buena fe con el Hospital en mostrar tal incapacidad, incluyendo el suministro de información relevante para determinar la elegibilidad bajo esta póliza y las opciones del Plan de Pago Razonable. El paciente debe notificar al Hospital de cualquier cambio importante que pueda afectar a tales determinaciones.

D. Toda Acción de Colección en una cuenta de paciente, incluyendo aquellas cuentas que se refiere a un tercero para la colección, se suspenderá para aquellos pacientes que hayan presentado una Solicitud antes de que expire el Plazo de Aplicación mientras la aplicación está siendo analizada y considerada.

E. Se requiere que todos los agentes de terceros que presenten o cobren las cuentas en nombre del Hospital, mediante acuerdo escrito, para cumplir con esta póliza, Póliza de la Colección del hospital y de las leyes federales, estatales y locales.

F. El Hospital no se presenta información sobre la deuda del paciente a las agencias de informes de crédito del consumidor o agencias de crédito; Sin embargo, una tercera agencia de cobro de parte de la deuda que se hace referencia pueden reportar esta información, sujeto a las restricciones aplicables al Hospital.

G. Los términos de actividad de las colecciones del Hospital se describen más detalladamente en la facturación del hospital y Polizas de Colecciones. Una copia de la facturación y la poliza de colecciones se puede obtener de forma gratuita en las áreas de registro y admisión del Departamento o llamando al (815) 780-3418.

IX. PUBLICACIÓN DE LA POLÍZA DE AYUDA FINANCIERA:

A. El Hospital debe hacer esfuerzos razonables i) para notificar e informar a los pacientes de su programa de asistencia financiera; ii) identificar a los pacientes elegibles; y iii) dar a conocer esta políza dentro de la comunidad atendida por el Hospital en los medios impresos y la televisión, siempre que sea posible.

B. Esta políza, un Resumen en Lenguaje Ordinario y la Solicitud deberá estar disponible en la página web del Hospital. Las copias en papel estarán disponibles previa petición y sin cargo en lugares públicos del Hospital, tales como áreas de admisión y registracion, y por correo. Estos artículos estarán disponibles en Inglés, español y cualquier otro idioma que es el idioma primario de al menos el 5% de los pacientes atendidos por el Hospital anualmente.

C. Señalización se colocará en todos los puntos de admisión y registro en el Hospital (incluyendo el Servicio de Urgencias) informando a los visitantes que el hospital proporciona ayuda financiera de acuerdo con esta políza. La señalización deberá contener el siguiente texto: "Usted puede ser elegible para recibir asistencia financiera bajo los términos y condiciones que Illinois Valley Community Hospital ofrece a los pacientes calificados. Para obtener más información, puede comunicarse con nosotros al (815) 780-3418." Señalización será en Inglés, español y cualquier otro idioma que el idioma primario de al menos el 5% de los pacientes atendidos por el Hospital anualmente.

D. Procedimientos de pre-registro y registro del Hospital estarán diseñados para promover la identificación de los pacientes que pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera. Asesores financieros del Hospital intentarán contactar a conocidos y registrados Pacientes Sin Seguro y Pacientes con Seguro insuficiente durante su estadía en el Hospital para evaluar las necesidades financieras, cuando se indique.

E. El Departamento deberá hacer esfuerzos razonables para informar conocidos Pacientes Sin Seguro y con Pacientes con Seguro Insuficiente de esta póliza durante todas las comunicaciones orales con respecto a la cantidad debida para el cuidado y ofrecer a estos pacientes una Aplicación en el momento de la salida.

F. La información sobre el programa de asistencia financiera estará contenida dentro de las facturas de los pacientes, como se detalla en la Sección VII de esta póliza.

G. Cuando se sabe o se sospecha por un empleado del Hospital que un paciente actual puede requerir asistencia en el pago de su factura del Hospital, el Departamento debe ser notificado inmediatamente. Si el paciente se da de alta y esto se da a conocer, el Departamento debe notificarse a ponerse en contacto con el paciente .

X. ADMINISTRACIÓN DE REGISTROS:

A. El Hospital deberá mantener la documentación que refleje su determinación con respecto a la asistencia financiera junto con una copia de la Solicitud presentada.

B. El informe de asistencia financiera prescrito en los Artículos de Illinois será presentado anualmente con la Oficina del Procurador General de Illinois en conjunción con el Informe de Beneficio para la Comunidad del Hospital, todo ello de acuerdo con la ley de Illinois.

XI . REFERENCIAS:

210 ILCS 89/ Hospital Uninsured Patient Discount Act. Retrieved from
<http://www.ilga.gov/legislation/ilcs/ilcs3.asp?ActID=3001&ChapterID=21>

210 ILCS 88/ Fair Patient Billing Act. Retrieved from
<http://www.ilga.gov/legislation/ilcs/ilcs3.asp?ActID=2798&ChapterID=21>

Department of the Treasury. (2014). Section 501(r) final rule. Federal Register Vol. 79 No. 250.
Retrieved from <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2014-12-31/pdf/2014-30525.pdf>

Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) of 2010. Retrieved from
<http://housedocs.house.gov/energycommerce/ppacacon.pdf>

United States Department of Health & Human Services (HHS). (n.d.). 2016 Guías de Pobreza.
Retrieved from <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

ILLINOIS VALLEY COMMUNITY HOSPITAL
 ADMINISTRACION DE POLITICAS DE ASISTENCIA FINANCIERA
 CALENDARIO DEL AÑO 2017

Tamaño de Familia de 1		
Nivel de Pobreza	\$ 12,060	
Descuento %	Rango de Ingreso de Familia	
100	\$	18,090
90	\$ 18,091	\$ 21,105
80	\$ 21,106	\$ 24,120
70	\$ 24,121	\$ 27,135
60	\$ 27,136	\$ 30,150
50	\$ 30,151	\$ 33,165
40	\$ 33,166	\$ 36,180

Tamaño de Familia de 2		
Nivel de Pobreza	\$ 16,240	
Descuento %	Rango de Ingreso de Familia	
100	\$	24,360
90	\$ 24,361	\$ 28,420
80	\$ 28,421	\$ 32,480
70	\$ 32,481	\$ 36,540
60	\$ 36,541	\$ 40,600
50	\$ 40,601	\$ 44,660
40	\$ 44,661	\$ 48,720

Tamaño de Familia de 3		
Nivel de Pobreza	\$ 20,420	
Descuento %	Rango de Ingreso de Familia	
100	\$	30,630
90	\$ 30,631	\$ 35,735
80	\$ 35,736	\$ 40,840
70	\$ 40,841	\$ 45,945
60	\$ 45,946	\$ 51,050
50	\$ 51,051	\$ 56,155
40	\$ 56,156	\$ 61,260

Tamaño de Familia de 4		
Nivel de Pobreza	\$ 24,600	
Descuento %	Rango de Ingreso de Familia	
100	\$	36,900
90	\$ 36,901	\$ 43,050
80	\$ 43,051	\$ 49,200
70	\$ 49,201	\$ 55,350
60	\$ 55,351	\$ 61,500
50	\$ 61,501	\$ 67,650
40	\$ 67,651	\$ 73,800

Tamaño de Familia de 5		
Nivel de Pobreza	\$ 28,780	
Descuento %	Rango de Ingreso de Familia	
100	\$	43,170
90	\$ 43,171	\$ 50,365
80	\$ 50,366	\$ 57,560
70	\$ 57,561	\$ 64,755
60	\$ 64,756	\$ 71,950
50	\$ 71,951	\$ 79,145
40	\$ 79,146	\$ 86,340

Tamaño de Familia de 6		
Nivel de Pobreza	\$ 32,960	
Descuento %	Rango de Ingreso de Familia	
100	\$	49,440
90	\$ 49,441	\$ 57,680
80	\$ 57,681	\$ 65,920
70	\$ 65,921	\$ 74,160
60	\$ 74,161	\$ 82,400
50	\$ 82,401	\$ 90,640
40	\$ 90,641	\$ 98,880

Tamaño de Familia de 7		
Nivel de Pobreza	\$ 37,140	
Descuento %	Rango de Ingreso de Familia	
100	\$	55,710
90	\$ 55,711	\$ 64,995
80	\$ 64,996	\$ 74,280
70	\$ 74,281	\$ 83,565
60	\$ 83,566	\$ 92,850
50	\$ 92,851	\$ 102,135
40	\$ 102,136	\$ 111,420

Tamaño de Familia de 8		
Nivel de Pobreza	\$ 41,320	
Descuento %	Rango de Ingreso de Familia	
100	\$	61,980
90	\$ 61,981	\$ 72,310
80	\$ 72,311	\$ 82,640
70	\$ 82,641	\$ 92,970
60	\$ 92,971	\$ 103,300
50	\$ 103,301	\$ 113,630
40	\$ 113,631	\$ 123,960

Cada persona adicional en la familia agrega
\$4,180 a la base del nivel de pobreza

El descuento de rango es de 100% de descuento con ingreso al 150% del Nivel Federal de Proeza.
 Un descuento de 40% esta disponible con un ingreso al 300% del Nivel Federal de Pobreza.

Actualizado: Febrero 6, 2017
 Fecha Efectivo: Febrero 6, 2017