## DEACONESS REGIONAL HEALTHCARE SERVICES ILLINOIS, INC.

**Política y Procedimiento**

**Fecha revisada: 23 de septiembre del 2026**

### POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

**I. ALCANCE:** Esta política y procedimiento aplica a las entidades del sistema en la cual DRHSI tiene al menos un 50% o más de pertenencia que incluyen, pero no limitadas a lo siguiente:

| | |
|---|---|
| X | Deaconess Regional Healthcare Services Illinois, Inc. (DRHSI) *que opera bajo el nombre de* Heartland Regional Medical Center |
| X | Deaconess Illinois Crossroads, Inc. |
| X | Deaconess Illinois Union County Hospital, Inc. |
| X | Deaconess Illinois Red Bud, Inc. |
| X | DRHSI, Inc. *que opera bajo el nombre de* Deaconess Illinios TransCare EMS |

**II. PROPÓSITO:** Esta política establece y asegura un imparcial y congruente método para la revisión y completación de las solicitudes, para nuestros pacientes que necesitan atención médica de beneficencia. Esta política se aplica a todas las entidades del DRHSI que proporcionan productos y servicios de salud por la correspondiente Junta directiva y de conformidad con las pautas proporcionadas en los requisitos 501r. Esta política no cubre los servicios emitidos por proveedores particulares. La lista de proveedores no cubiertos en esta política está disponible en cada instalación hospitalaria y se está actualizada cada cuatro meses. Está disponible por escrito a previa solicitud.

Deaconess Illinois Medical Center - https://deaconessillinoismedicalcenter.com/financial-assistance/
Crossroads - https://deaconessillinoiscrossroads.com/financial-assistance/
Union County - https://deaconessillinoisunioncounty.com/financial-assistance/
Red Bud - https://redbudregional.com/financial-assistance/

**III. DEFINICIONES**: A efectos de esta política y los procedimientos correspondientes, se aplicarán las siguientes definiciones:

Beneficencia: Los servicios de salud que han sido o serán brindados, pero que nunca se esperan que resulten en la entrada de efectivo. La beneficencia resulta desde la política del proveedor, proporcione servicios de salud gratuitos o en un descuento para personas quienes reúnen las condiciones establecidas.

Médicamente Indigente: Cualquier persona o familia no clasificada como indigentes financieramente, pero se convierte, así como resultado de afecciones médicas extensivas.

Persona no asegurada: El paciente no tiene cobertura de seguro médico o asistencia de un tercero que ayuden a cumplir con las obligaciones de pago de él o de ella.

Persona sin seguro suficiente: El paciente tiene cierto nivel de aseguranza o asistencia de un tercero, pero todavía con gastos de bolsillo que exceden los recursos financieros de él o ella. Esto podría incluir coaseguros, deducibles y las cantidades de copago.

Puntuación de cobrabilidad: El número asignado a la probabilidad de recaudar $50 o más dentro de un plazo de 12 meses de los saldos de los pacientes. Una puntuación de 550 o más alta indica una probabilidad alta de recuperación.

El tamaño de la familia: Según la definición de la Oficina del Censo, un grupo de dos o más personas quienes viven juntos y quienes están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. De acuerdo con las reglas del Servicio de Impuestos Internos (IRS, *por sus siglas en inglés),* si el paciente reclama a alguien como un dependiente en su declaración de impuestos, a ellos se les podrá considerar como un dependiente para el propósito de la Política de Asistencia Financiera.

Ingreso familiar: La suma de todas las fuentes de ingresos anuales de la familia y subsidios sociales antes de impuestos, menos los pagos realizados de pensión para los hijos menores.

Asistencia Financiera de Atención Rápida: Para un paciente en Sala de Emergencia, la asistencia financiera puede ser asignada únicamente para la visita actual, por el tiempo de la visita. La Solicitud de Asistencia Financiera se complete con la información disponible al tiempo de la visita.

Bienes: El valor de las cuentas bancarias, efectivo en mano, certificados de depósito, títulos en valores, propiedades, vehículos y acuerdos financieros. (Se requiere documentación/pruebas de apoyo.)

**IV. POLÍTICA:** DRHSI, Inc. se compromete a proporcionar beneficencia a las personas quienes tengan necesidades de salud y no estén aseguradas, que la cobertura de seguro es insuficiente o de otra manera no pueden pagar para la atención médica necesaria basada en su situación financiera. Consistente con su misión de proporcionar los servicios de salud de manera compasiva, de alta calidad y accesible para aquellos quienes son pobres y marginados, el DRHSI, Inc. procura asegurar que la capacidad financiera de las personas quienes necesiten atención médica no les impida solicitar o recibir servicios. DRHSI, Inc. proporcionará la atención médica necesaria a las personas sin discriminación, independientemente de su elegibilidad para recibir asistencia financiera o asistencia del gobierno. DRHSI cumple con las leyes federales pertinentes de derechos civiles y no discrimina en la prestación de servicios a una persona basada en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, credo, religión, grupo étnico, incapacidad, sexo, identificación de género, orientación sexual, forma de pago (incluyendo Medicare, Medicaid y CHIP), o la incapacidad de pagar de la persona.

La beneficencia no se considera una sustitución de la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos del DRHSI para obtener beneficencia u otras formas de pago o asistencia financiera y para contribuir al costo de su atención basada en su habilidad particular de pagar. Las personas con la capacidad financiera para contratar el seguro médico se deberán involucrar en hacerlo, como medio para asegurar el acceso a los servicios de atención médica, para su estado de salud personal en general y para la protección de sus bienes individuales.

**V. RESPONSABILIDADES:** Las responsabilidades del personal se reseñan en la sección posterior.

**VI. PROCEDIMIENTO:**

**A.** Para los fines de esta política, “beneficencia” o “asistencia financiera” se refiere a los servicios de salud proporcionados por DRHSI, Inc. sin costo alguno o con un descuento a los pacientes que reúnen los requisitos. Los siguientes servicios de salud son elegibles para beneficencia:

1. Servicio médico de emergencia proporcionados en la sala de emergencia. Algunos pacientes serán requeridos aplicar por Asistencia Financiera de Atención Rápida (*Fast Track Financial Assistance*).

2. Servicios para una condición por la cual, si no recibe el tratamiento oportuno, tendrá efectos adversos en el estado de salud de una persona.

3. Servicios no optativos proporcionados en respuesta a una circunstancia en la que peligra la vida en un entorno que no sea la sala de emergencia.

4. Servicios médicos necesarios.

5. Servicios sin pago para un beneficiario de un producto de Medicaid.

6. Cobros para pacientes con cobertura de una entidad que no tiene una relación contractual con DRHSI.

**B.** Si un paciente no está asegurado o está debajo del nivel de aseguranza, con un ingreso por encima del 200% e inferior al 350% del Nivel Federal de Pobreza actual y además carece de los bienes para pagar el monto que debe, el paciente podrá ser apto para nuestro Programa de Asistencia Financiera. Los pacientes no asegurados y sin cobertura de responsabilidad de un tercero califican automáticamente para recibir el descuento estándar para no asegurados. Este tipo de descuento aplica sobre el saldo total, reduciendo de este modo la cantidad adeudada a una cifra similar, basada en el monto general que hubiera sido pagado a DHRSI por aseguradores privados y Medicare, incluyendo copagos y deducibles, como si el paciente hubiera tenido un seguro médico.

**C.** Se determinará la necesidad financiera de acuerdo con los procedimientos que requieren una evaluación particular de necesidad financiera; y pueden

1. Incluir un proceso de solicitud en el cual el paciente o el garante del paciente tengan que cooperar y proporcionar información personal, financiera o cualquier otra información y documentación relevante para determinar la necesidad financiera.

2. Incluir el uso de las fuentes de datos externas que están disponibles públicamente que proporcionan la información sobre la capacidad de pagar de un paciente o del garante del paciente. Esto es para los que están arriba del 200% del Nivel Federal de Pobreza.

3. Incluir esfuerzos razonables por parte de DRHSI, Inc. para examinar las fuentes de financiación alternativas pertinentes y cobertura de programas de pago públicas y privadas y ayudar a los pacientes a solicitar tales programas.

4. Tomar en consideración los bienes disponibles del paciente y todos los demás recursos financieros disponibles por el paciente.

5. No se les otorgará La Asistencia Financiera descrita en esta Política a los pacientes que tienen cobertura de seguro a través de los programas de una entidad basada en la fe, o a los amish o menonitas.

**D.** La determinación de asistencia se puede realizar en cualquier punto del ciclo de cobro. La necesidad para asistencia financiera se reevaluará en cada momento posterior al servicio, si la última evaluación financiera fue complementada más de ocho meses de antelación, o en algún momento que exista información adicional relevante para la elegibilidad del paciente.

**E.** En el caso que no haya evidencia que apoye a la elegibilidad de un paciente para poder recibir beneficencia, DRHSI, Inc. podrá, para los pacientes que estén arriba del 200% del Nivel Federal de Pobreza, utilizar agencias externas para determinar la puntuación de

cobrabilidad como una base para determinar la elegibilidad de recibir beneficencia. La elegibilidad presunta podrá también ser determinada basada en alguna circunstancia de la vida de la persona que puede incluir:

1. Sin hogar o que han recibido atención de una clínica para personas sin hogar

2. Elegibilidad para Asistencia Pública

3. El paciente ha fallecido sin alguna herencia conocida

    a. Están excluidos de la beneficencia los saldos pendientes para los menores que han fallecido. Estos saldos permanecerán pendientes.

4. Para todos los Pagadores de la Clase Financiera de Medicaid, si se recibe una denegación o cambio por una carga no cubierta de Medicaid/CHIP, aquella carga será ajustada a beneficencia.

**F.** Los servicios elegibles de esta Política estarán disponibles al paciente en una escala de pagos flexibles, de conformidad con la necesidad financiera según la determinación en relación con el Nivel Federal de Pobreza (FPL, *por sus siglas en inglés*) en efecto al momento de la determinación. Se basarán los montos cobrados a los pacientes de DRHSI, Inc. de la manera siguiente:

1. Los pacientes cuyo ingreso total del hogar es igual o inferior al 200% del FPL pueden recibir atención gratuita.

2. Los pacientes cuyo ingreso total del hogar sea más del 200% y hasta 350% del FPL pueden recibir los servicios a una tasa de descuento.

3. Los pacientes cuyo ingreso total del hogar excede el 350% del FPL podrán ser elegibles para recibir tasas de descuentos sobre una base, caso por caso, basada en sus circunstancias específicas, tal como la enfermedad catastrófica o la indigencia médica, a la discreción de DRHSI, Inc.

4. La Ley de Descuento para el Paciente No Asegurado del Hospital propone también una ***cantidad máxima de cobro***. Durante un período de 12 meses, un hospital no podrá cobrar más de 20% del ingreso familiar del paciente. El período de 12 meses inicia desde la primera fecha en la cual el paciente sin seguro recibe los servicios de salud, que son elegibles para un descuento para no asegurados. Los pacientes sin seguro están permitidos que soliciten por un descuento dentro de los 90 días desde la fecha de alta y/o servicio.

**G.** En algunas situaciones, puede ser necesario otorgar a un paciente la asistencia financiera, aunque la situación financiera del paciente no cumple con los requisitos establecidos en esta Política. En estas situaciones, la Solicitud para Asistencia Financiera y cualquier otra información pertinente podrá ser revisada por el Comité de Asistencia Financiera de DRHSI y se determinará en relación con la elegibilidad del paciente para recibir beneficencia.

**H.** Las bases para calcular las cantidades a cargo hacia los pacientes.

La Ley de Descuento para el Paciente No Asegurado del Hospital, establece: El descuento sin seguro es un cargo del hospital multiplicado por el factor del descuento sin seguro. El factor de descuento sin Seguro es: 1.0 menos el producto del costo de un hospital, para la proporción del cargo, multiplicado por 1.35. El descuento sin seguro es automático y no tiene que ser aplicado por los pacientes.

Deaconess Illinois Medical Center: 80 % de descuento
Deaconess Illinois Crossroads: 72% de descuento

Deaconess Illinois Union County: 60% de descuento
Red Bud Regional Hospital: 66% de descuento

El DRHSI utiliza el método “look-back” (*una manera de decir* “revisión”) para determinar “las cantidades normalmente facturadas” (AGB *por sus siglas en inglés*) a los individuos quienes tienen seguro que cubre las emergencias u otra asistencia médica necesaria. El AGB se calcula cada año y está basada sobre el reembolso promedio anual que se recibe de todas las aseguradoras médicas, comerciales y privadas, quienes pagan reclamos a DHRSI y Medicare fee-for-service (*red de FFS*). El porcentaje aplicable AGB está disponible en cada una de nuestras instalaciones:

Deaconess Illinois Medical Center - https://deaconessillinoismedicalcenter.com/financial-assistance/
Crossroads - https://deaconessillinoiscrossroads.com/financial-assistance/
Union County - https://deaconessillinoisunioncounty.com/financial-assistance/
Red Bud - https://redbudregional.com/financial-assistance/

El Descuento sin Seguro Hospitalario calculado resulta en una cantidad menor a la del AGB. Cualquier persona que califica por Asistencia Financiera bajo esta política no será cargada de más que la AGB en caso de emergencia u otra asistencia médica necesaria.

**I.** Las acciones que el hospital podrá tomar en el supuesto evento de no pagar están descritas en una política de facturación y cobranza aparte, la cual está disponible en
Deaconess Illinois Medical Center - https://deaconessillinoismedicalcenter.com/financial-assistance/
Crossroads - https://deaconessillinoiscrossroads.com/financial-assistance/
Union County - https://deaconessillinoisunioncounty.com/financial-assistance/
Red Bud - https://redbudregional.com/financial-assistance/

**VII. SECCIÓN OPCIONAL:** SECCIÓN DEJADA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

**VIII. AUTORIDAD:**

**A. Responsable de la Política:** Vicepresidente y el Oficial en Jefe de Ciclo de Ingresos, HRS

**B. Con coordinación:** Oficial en Jefe de Finanzas en Deaconess Regional Healthcare Services Illinois, Inc.

**C.** Esta Política y procedimiento modifica y rescinde la anterior Política QHC y procedimiento.

**IX. REFERENCIAS:** SECCIÓN DEJADA EN BLANCO INTENCIONALMENTE.