



Olympia Fields Hospital

20201 South Crawford Avenue, Olympia Fields, IL 60461

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTALES		Páginas:	12
		Última revisión:	5/26/26
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 cumplen con los criterios de elegibilidad descritos en esta política. El hospital ofrece descuentos en atención benéfica y pago directo, conforme a los requisitos de la legislación federal y estatal. El objetivo 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 proporcionar atención a los pacientes en momentos de necesidad. El hospital ofrece atención benéfica y un Programa de Pago con Descuento como beneficio para las comunidades a las que servimos. Para ello, el hospital se compromete a ayudar a pacientes elegibles de bajos ingresos y/o sin seguro con programas adecuados de pago con descuento y atención benéfica. Todos los pacientes serán tratados con justicia, compasión y respeto. No obstante cualquier otra cosa en esta Póliza, ninguna persona que se determine elegible para asistencia financiera recibirá un cargo superior a los importes generalmente facturados a quienes cuenten con un seguro que cubra dicha atención. Acompañan esta Póliza los siguientes anexos, mencionados a lo largo de esta Póliza:

- Resumen en lenguaje sencillo de la ayuda financiera
- Aviso que debe incluirse en todos los estados de facturación posteriores a la descarga
- Aviso que debe incluirse en los extractos de facturación posteriores al alta a los pacientes que no hayan proporcionado prueba de seguro

II. Definiciones:

"Cantidades generalmente facturadas": Las cantidades generalmente facturadas ("AGB") para 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, el AGB se calcula utilizando el proceso de facturación y codificación que el hospital usaría si la persona fuera 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 de internamiento o ambulatorio, incluyendo productos farmacéuticos o suministros proporcionados por un hospital a un paciente, cubierto por el Título XVIII de la Ley Federal de Seguridad Social para beneficiarios con la misma presentación clínica que el paciente no asegurado. Un servicio "médicamente necesario" no incluye ninguno de los siguientes:



Olympia Fields Hospital

20201 South Crawford Avenue, Olympia Fields, IL 60461

- i. Servicios no médicos como servicios sociales y vocacionales.
- ii. Cirugía estética electiva, pero no cirugía plástica diseñada para corregir deformidades causadas por lesiones, enfermedades o defectos o deformidades congénitas.

"EMTALA": El hospital cumple con el requisito de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo Activo (EMTALA), Sección 1867 de la Ley de Seguridad Social. No hay nada contenido en esta política que impida tal cumplimiento. Esta es una ley federal que exige que cualquier persona que acuda a urgencias 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 implique ciertas ventas de deuda a otra parte, la notificación de información adversa a agencias o agencias de crédito, o el aplazamiento, la denegación o la exigencia de un pago antes de prestar atención médicamente necesaria debido al impago por parte de una persona de una o más facturas por atención previamente proporcionada cubierta por la Política de Asistencia Financiera del Hospital, o cualquier acción que requiera un proceso legal o judicial, incluyendo la colocación de un gravamen, ejecución hipotecaria sobre bienes inmuebles, embargo u embargo de cuentas bancarias u otros bienes personales, iniciar una acción civil contra una persona, tomar acciones que causen el arresto de una persona, tomar acciones que hagan que una persona sea objeto de embargo corporal y embargo salarial, en cada caso como se describe en [la Sección 501\(r\)\(6\) del IRS](#).

"Familia": (1) para personas de 18 años o más, cónyuge, pareja de hecho e hijos dependientes menores de 21 años, vivan en casa o no; y (2) para personas menores de 18 años, padre(s), familiar(es) cuidador(es) y otros hijos menores de 21 años del(los) progenitor(es) o familiar(es) cuidador(es).

"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 atención de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios proporcionados por el Hospital o una entidad sustancialmente relacionada que opere en el Hospital. Esta Política se aplica únicamente a los cargos por servicios hospitalarios y no es vinculante para otros proveedores de servicios médicos que no estén empleados o contratados por el Hospital para prestar servicios médicos, incluidos los médicos que tratan a pacientes hospitalizados en régimen de urgencia, hospitalización o ambulatorio. Los médicos no cubiertos por esta Política que prestan servicios a pacientes sin seguro o que no pueden pagar sus facturas médicas debido a altos costes médicos pueden tener sus propias pólizas de asistencia financiera para prestar asistencia. El Hospital no es responsable de la administración de ningún programa de asistencia financiera ofrecido por los médicos no empleados del Hospital ni por las prácticas de facturación de dichos médicos.

IV. Responsabilidad del paciente

Las pólizas de asistencia financiera deben equilibrar la necesidad de asistencia financiera del paciente con la gestión fiscal más amplia del Hospital. La asistencia financiera mediante Pago por Descuento y Programas de Atención Solidaria 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 en programas públicos en un plazo de 30 días desde la solicitud del Hospital, si procede; y, cuando corresponda, contribuir al coste 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 la asistencia financiera****A. Atención benéfica**

Un paciente cumple los requisitos para **la atención benéfica** si se cumplen todas las siguientes condiciones: (1) el paciente no cuenta con cobertura de terceros de una aseguradora de salud, plan de servicios sanitarios, plan fiduciario sindical, Medicare o Medicaid, según lo determinado y documentado por 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 determinado y documentado por el Hospital; y (3) los ingresos familiares del paciente no superen el 350% del Umbral Federal de Pobreza.

Los saldos de los pacientes que cumplen los requisitos para Atención Benéfica se reducirán a cero dólares (\$0), eliminando el saldo restante y clasificándose como Atención Benéfica.

Un paciente que tenga cobertura a terceros o cuya lesión sea una lesión indemnizable para fines de compensación laboral, seguro de automóvil u otro seguro, según lo determine y documente el Hospital, no cumple los requisitos para la Atención Solidaria, pero puede optar al Programa de Pago con Descuento si se cumplen ciertas condiciones, como se describe en la sección "Programa de Pago con Descuento" a continuación.

B. Programa de Pago con Descuento**Pacientes que pagan directamente**

Un paciente que paga por cuenta propia cumple los requisitos para el **Programa de Pago con Descuento** si: (i) la Renta Familiar del paciente no supera el 600% del actual Nivel Federal de Pobreza; (ii) el paciente no cuenta con cobertura de terceros de una aseguradora de salud, un plan de servicios sanitarios, un plan fiduciario sindical, Medicare o Medicaid; y (iii) la lesión del paciente no es una lesión compensable para fines de compensación laboral, seguro de automóvil u otro seguro, según lo determine y documente el Hospital.

Pacientes asegurados

Un paciente que tenga cobertura a terceros o cuya lesión sea una lesión compensable para fines de compensación laboral, seguro de automóvil u otro seguro, según lo determine y documente el Hospital, cumple los requisitos para el **Programa de Pago de Descuento** si: (i) el paciente tiene ingresos familiares iguales o inferiores al 600% del actual Nivel Federal de Pobreza; y (ii) el paciente tiene gastos médicos de bolsillo que superen el menor de: (a) diez por ciento (10%) de los ingresos familiares del paciente en los doce (12) meses anteriores (ya sea incurrido o pagado en o fuera de cualquier hospital); o (b) los costes anuales de bolsillo que incurre la persona en el hospital y que superen el 10% de los ingresos familiares actuales del paciente.

Obligación del paciente

Los saldos de los pacientes que cumplan los requisitos para el **Programa de Pago con Descuento** se reducirán; cualquier descuento se aplicará contra 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 superará el mayor de (a) las Cantidades Generalmente Facturadas (AGB); y (b) la cantidad que el Hospital esperaría recibir por prestar servicios de Medicare o Medicaid, lo que sea mayor (el "Máximo de Pago 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 aseguradora y el Máximo de Pago Con Descuento. Si la cantidad pagada por el seguro supera el Máximo de Pago Con Descuento, el paciente no tendrá más obligación de pago.

Para un paciente que paga por cuenta propia y que sea residente de Illinois y que, a través del proceso de solicitud de asistencia financiera, sea considerado elegible bajo la Ley de Descuento para Pacientes No Asegurados en Hospitales de Illinois, las obligaciones de pago del paciente al Hospital en cualquier periodo de 12 meses no superarán el 20% de los ingresos familiares del paciente.

El **Programa de Pago con 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 esenciales de manutención.

C. Elegibilidad presunta hospitalaria y otras circunstancias

El hospital cumplirá con todos los requisitos federales y estatales aplicables respecto a la elegibilidad presuntiva. La Política de Elegibilidad Presuntiva del Hospital considerará a un paciente presumiblemente elegible para asistencia financiera hospitalaria si demuestra uno o más de los criterios de elegibilidad presuntiva exigidos por la ley. El Hospital podrá utilizar una agencia externa o una determinación del Director del Departamento de Servicios Financieros para Pacientes (PFS) del Hospital para extender la Atención Solidaria o el Programa de Pago de Descuento a los pacientes bajo las circunstancias descritas a continuación (elegibilidad presuntiva). La elegibilidad presuntiva no implica derecho a servicios futuros. El Hospital tampoco puede divulgar la determinación de elegibilidad presuntiva ni tener acceso a los datos utilizados por una agencia externa. Las circunstancias a continuación se consideran formas de Atención Solidaria y pueden estar documentadas según reflejado en el código de transacción utilizado para resolver la reclamación del paciente, incluyendo pero no limitándose a transacciones relacionadas con Atención Solidaria, descuentos por pago directo, servicios no cubiertos y denegaciones.



Olympia Fields Hospital

20201 South Crawford Avenue, Olympia Fields, IL 60461

(i) La paciente cumple los requisitos para beneficios limitados bajo el programa estatal de Medicaid, es *decir*, beneficios limitados por embarazo o de emergencia, pero no recibe beneficios para otros servicios prestados 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 emergencias pero reciben otra atención del hospital);
- Solicitudes pendientes de Medicaid que no son aprobadas posteriormente, siempre que la solicitud indique que el paciente cumple los criterios para la Atención Benéfica;
- denegaciones de Medicaid u otros programas de atención a indigentes;
- Cargos relacionados con días que excedan el límite de estancia; y
- Cualquier otra responsabilidad pendiente para los pagos del seguro.

(ii) El paciente cumple los requisitos para un programa de servicios para personas con necesidades médicas a nivel de condado, pero el hospital no recibe ningún pago.

(iii) Se han realizado esfuerzos razonables para localizar y contactar con el paciente, pero tales esfuerzos han sido infructuosos, y el Director del PFS del hospital tiene motivos para creer que el paciente cumpliría los requisitos para la Atención Benéfica o el Programa de Pago con Descuento, por ejemplo, el paciente está fallecido, en bancarrota, encarcelado (y no reembolsado por un programa estatal de Medicaid), no responde, sin hogar o no está dispuesto a proporcionar documentación.

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

(v) Tras los esfuerzos de cobro y negociaciones con el pagador, cualquier cargo no reembolsado por servicios no cosméticos, incluidos servicios no cubiertos o denegados por cualquier pagador, como cargos por días más allá de un límite de duración de estancia, beneficios agotados, saldo de cobertura restringida, cuentas pendientes de Medicaid y denegaciones de pagadores, se considera una forma de asistencia financiera para pacientes en el Olympia Fields Hospital. Los cargos relacionados con estos descuentos deducidos durante el año fiscal se reportan como atención no compensada.

(vi) El paciente es elegible para programas que incluyen, pero no se limitan a:

- programas de prescripción financiados por el Estado;
- programas para mujeres, bebés y niños (WIC);
- Programas Suplementarios de Asistencia Nutricional (SNAP), es decir, cupones de alimentos;
- Programas de almuerzos escolares subvencionados;
- Otros programas de asistencia estatal o local que no están financiados (por ejemplo, gasto de Medicaid);

20201 South Crawford Avenue, Olympia Fields, IL 60461

- Se proporciona vivienda de bajos ingresos/subvencionada como dirección válida; y
- Importancia histórica de la falta de pago que justifica futuras impago y la falta de capacidad de pago.

(vii) Otras circunstancias de la Atención Beneficente deberán estar documentadas en el historial del paciente, indicadas ya sea por tipo de transacción o en las notas del paciente.

D. Determinación de los ingresos

Para determinar la elegibilidad para los Programas de Atención Benéfica y Pago con Descuento, la documentación de ingresos de la familia del paciente incluirá cualquiera de los siguientes: copias de los dos recibos de nómina más recientes, una copia de la declaración de impuestos más reciente; una copia del formulario W-2 más reciente y los formularios 1099, verificación escrita de ingresos por parte del empleador si se paga en efectivo; o cualquier otra forma razonable de verificación de ingresos de terceros considerada aceptable para el Hospital. La solicitud de asistencia financiera solicita la información del paciente necesaria para determinar la elegibilidad del paciente bajo esta Política, incluyendo ingresos del paciente o familiar y tamaño familiar del paciente. El Hospital no solicitará información adicional aparte de la solicitada en la solicitud de ayuda financiera. Sin embargo, un paciente que solicite asistencia financiera podrá proporcionar voluntariamente información adicional si así lo desea. La cualificación para la asistencia financiera se determinará únicamente por la capacidad de pago del paciente y/o del representante familiar del paciente. La cualificación para la ayuda económica no debe basarse en ningún caso en la edad, género, orientación sexual, etnia, origen nacional, condición de veterano, discapacidad o religión.

E. Niveles federales de pobreza

La medida del Nivel Federal de Pobreza se hará haciendo referencia a las Directrices de Pobreza en Salud y Servicios Humanos más actualizadas para el número de personas en la familia o hogar del paciente. Las Directrices de Pobreza del HHS se actualizan periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos bajo la autoridad del apartado (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 a petición del Departamento de Servicios Financieros para Pacientes del Hospital en el 734-458-4679.

2. Aplicación Proceso

Cualquier paciente que solicite ayuda financiera o que sea identificado como elegible para recibir ayuda financiera mediante el proceso de selección del hospital deberá completar una solicitud de asistencia financiera. La solicitud incluye la dirección de la oficina y el número de teléfono al que llamar si el paciente tiene alguna pregunta sobre el programa de asistencia financiera o el proceso de solicitud. Se espera que el paciente presente la solicitud de ayuda financiera de forma inmediata tras la atención, pero no más tarde doscientos cuarenta (240) días después de la fecha de la primera declaración post-alta.



20201 South Crawford Avenue, Olympia Fields, IL 60461

Para solicitar una solicitud de ayuda financiera, por favor contáctanos:

734-458-4679

Olympia Fields Hospital

c/o Servicios Financieros para Pacientes-HBRC

3628 E. Imperial Hwy, Suite 104

Lynwood, CA 90262

3. Resolución de disputas

Cualquier disputa sobre la elegibilidad de un paciente para la asistencia financiera deberá ser dirigida y resuelta por el Director Financiero del Hospital.

4. Publicación de política

Para garantizar que los pacientes sean conscientes de la existencia de esta Política, el Hospital tomará las siguientes medidas:

- El aviso sobre la disponibilidad de asistencia financiera debe colocarse de forma clara y visible en los lugares visibles para los pacientes en las siguientes áreas: (1) Departamento de Urgencias; (2) Oficina de Facturación; (3) Oficina de Ingresos; (4) otros entornos ambulatorios, incluidas las unidades de observación; y (5) exhibidas de forma destacada en la página web del hospital, con un enlace a la propia Póliza.
- Todo paciente que sea atendido en el hospital, esté o no ingresado, recibirá el aviso en el anexo "Resumen en Lenguaje Claro de Asistencia Financiera". El aviso se proporcionará en el momento del servicio, alta o cuando el paciente abandone la instalación. El aviso deberá ser presentado en inglés y en lenguas no inglesas habladas 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 presta la atención o al momento de la alta debe incluir el "Aviso a incluir en los extractos de facturación posterior al alta a pacientes que no hayan presentado prueba de seguro" incluido en los anexos. El aviso deberá ser proporcionado en lenguas no inglesas habladas por un número considerable de pacientes atendidos por el hospital.

5. Esfuerzos para obtener información

El hospital hará todos los esfuerzos razonables para examinar a todos los pacientes, bajo el acuerdo del paciente, para obtener asistencia financiera hospitalaria y elegibilidad para programas de seguro público de salud en el momento más razonable posible. El hospital revisará y evaluará la elegibilidad potencial del paciente para la 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. El cribado evaluará a los seguros de salud privados o públicos que puedan cubrir total o parcialmente los cargos por la atención prestada por el hospital al paciente. El hospital informará al paciente sobre la evaluación del hospital, documentará en el expediente del paciente las circunstancias del cribado y ayudará con la solicitud de asistencia financiera. El hospital ofrecerá examinar a un paciente asegurado para la asistencia financiera bajo esta sección si solicita asistencia financiera, si se contacta con el hospital en respuesta a una factura, si el hospital obtiene información que sugiera incapacidad de pago o si el hospital toma conocimiento de otras circunstancias que sugieran su incapacidad de pago.

Si un paciente no indica que tiene cobertura por parte de un tercero o solicita asistencia financiera, el personal del hospital deberá proporcionar al paciente un aviso que incluya lo siguiente: (a) una solicitud para que informe al hospital si el paciente tiene cobertura privada o pública de seguro de salud u otra cobertura, (b) una declaración de que, si el paciente no tiene cobertura de seguro médico, puede ser elegible para cobertura bajo el programa estatal de Medicaid u otros programas gubernamentales; (c) una declaración que indique cómo el paciente puede obtener solicitudes para el programa estatal de Medicaid 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 rechaza o no responde a la revisión o seguimiento del hospital respecto a la presentación de la solicitud, el hospital documentará en el expediente del paciente la decisión del paciente de rechazar o no responder.

6. Actividades de Colección

El Hospital podrá utilizar los servicios de una o más agencias externas de cobro para la cobranza de deudas de pacientes. Antes de participar en actividades de cobro, 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 posibilidad de solicitar un plan de pago razonable. No se podrá adelantar ninguna deuda para cobro hasta que el Director de Servicios Financieros para Pacientes del Hospital, o su designado, haya revisado la cuenta y aprobado el avance de la deuda a cobro. Si se recibe una solicitud de asistencia financiera que no está completa, el Hospital proporcionará un aviso por escrito de los elementos pendientes y esperará un periodo razonable antes de iniciar o reanudar las Acciones Extraordinarias de Cobro. No iniciará ninguna Actividad Extraordinaria de Cobro (ECA) por parte del Hospital hasta al menos 90 días posteriores a la fecha de alta, recepción de servicios ambulatorios o factura inicial (lo que ocurra más tarde)



Olympia Fields Hospital

20201 South Crawford Avenue, Olympia Fields, IL 60461

Cualquier agencia de cobro utilizada por el Hospital deberá cumplir con cualquier plan de pago establecido entre el Hospital y el paciente. Si un paciente solicita ayuda financiera, cualquier acción de cobro se suspenderá hasta que se decida sobre la solicitud de asistencia financiera del paciente. Si, durante las cobranzas, se descubre que el paciente cumple los requisitos total o parcialmente para Charity Care o un descuento por pago directo, los esfuerzos de cobro cesarán y el saldo correspondiente será deducido a Charity Care o como descuento por pago directo. Ni el Hospital ni ninguna agencia de cobro utilizada por el Hospital (i) utilizarán embargos salariales o gravámenes sobre residencias principales para cobrar facturas médicas impagadas o (ii) informar información adversa a una agencia de informes de crédito al consumidor o iniciar acciones civiles contra un paciente por impago en cualquier momento antes de los 150 días posteriores a la facturación inicial. El Hospital no emprenderá acciones legales por no pagar 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 iniciar cualquier Acción Extraordinaria de Cobro (ECA), el Hospital debe enviar un aviso al paciente que especifique lo siguiente: (i) las actividades de cobro que el Hospital o la agencia contratada puedan realizar; (ii) la fecha después de la cual se puedan tomar dichas acciones, (iii) que haya asistencia financiera disponible para los pacientes elegibles; (iv) las fechas de entrega de la factura que se asignen a cobros; (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 tipo de plan de la cobertura sanitaria para el paciente registrada en el Hospital en el momento de los servicios, o una declaración de que el Hospital no dispone de esa información; (viii) una solicitud para el programa de Atención Benéfica y otros programas de asistencia financiera del Hospital; y (ix) la fecha en que el paciente recibió originalmente un aviso de disponibilidad de asistencia financiera, la fecha o fechas en que se le envió una solicitud de ayuda financiera y, si procede, la fecha en que se tomó la decisión.

Si se recibe una solicitud completa dentro del periodo de doscientos cuarenta (240) días, cualquier Acción Extraordinaria de Recaudación será suspendida mientras se determine la elegibilidad.



Olympia Fields Hospital

20201 South Crawford Avenue, Olympia Fields, IL 60461

Programa de Asistencia Financiera y Atención a la Caridad Resumen en lenguaje sencillo

Olympia Fields Hospital está comprometido con el cuidado de toda la comunidad. Para apoyar a personas que quizá no tengan seguro médico o los medios económicos para pagar la atención médica, ofrecemos un programa integral **de Asistencia Financiera y Atención Benéfica**. Este programa refleja nuestro compromiso de proporcionar atención sanitaria compasiva y de alta calidad a todos los que cumplen los requisitos.

Los documentos de ayuda financiera, incluyendo la póliza, este resumen en lenguaje sencillo y la solicitud, están disponibles en varios idiomas y pueden encontrarse en nuestra página web en:

<https://olympiafieldshospital.com/financial-assistance/>.

¿Quién cumple los requisitos para recibir asistencia?

- **Atención benéfica/Cobertura completa (100% de descuento):**
Disponible para individuos o familias con ingresos iguales o inferiores al 350% del Nivel Federal de Pobreza (FPL). Los pacientes elegibles pueden recibir una deducción del 100% de la parte de los cargos de los que son responsables.
- **Asistencia financiera/Cobertura parcial (tarifas con descuento):**
Puede estar disponible para quienes tengan ingresos inferiores al 600% del FPL. Los pacientes elegibles pueden recibir tarifas reducidas para atención de urgencias y atención médica necesaria.

Cómo solicitar:

Para ser considerados para la ayuda financiera, los pacientes deben:

- Completa una solicitud de Asistencia Financiera y presenta toda la documentación requerida según lo indicado en el formulario.
- Cooperar de buena fe durante todo el proceso de selección y solicitud, incluyendo responder con prontitud a cualquier solicitud de información del personal hospitalario.
- Proporciona toda la documentación financiera y de apoyo solicitada en un plazo de 30 días desde la solicitud del hospital.

Información importante:

- **Otras fuentes de pago**
Antes de considerar la ayuda financiera, deben utilizarse todas las demás opciones de pago, incluyendo seguros, pagadores externos, reclamaciones de responsabilidad civil, compensación laboral u otros programas públicos.
- **Participación limitada de proveedores**
No todos los servicios o proveedores están cubiertos por el Programa de Asistencia Financiera/Atención Benéfica del hospital. Los servicios proporcionados por profesionales sanitarios fuera de la red bajo tu plan de seguro, o proveedores que no participan en el programa del hospital, pueden no cumplir.

¿Necesitas ayuda o tienes preguntas?

Nuestros representantes de pacientes están disponibles para ayudarte con el proceso de solicitud y para responder cualquier pregunta que tengas, llama al **734-458-4679** o envía un correo [electrónico a **financialassistance@primehealthcare.com**](mailto:electronico_a_financialassistance@primehealthcare.com).

¿Listo para postular?

Envía la solicitud y la documentación de apoyo a:

Olympia Fields Hospital
c/o Patient Financial Services-HBRC
3628 E. Imperial Hwy, Suite 104
Lynwood, CA 90262



20201 South Crawford Avenue, Olympia Fields, IL 60461

**[Aviso que se incluirá en todos los estados
de facturación posteriores a la descarga]**

Programa de Atención Benéfica y Pago con Descuento

Los pacientes que carecen de seguro o que tengan un seguro insuficiente y cumplan ciertos requisitos de ingresos bajos y moderados pueden optar a pagos con descuento o atención benéfica. Los pacientes que busquen atención con descuento o gratuita deben obtener y presentar una solicitud que será revisada por el hospital. Ningún paciente elegible para asistencia financiera pagará más por atención de emergencia o medicamento necesaria que las cantidades que normalmente se facturan a las personas que tienen un seguro que cubra dicha atención. Para más información, copias de documentación o ayuda con el proceso de solicitud, por favor contacte con el hospital en el 734-458-4679 o visite <https://olympiafieldshospital.com/financial-assistance/> para obtener más información. También se pueden enviar copias gratuitas de la documentación de asistencia financiera por correo y están disponibles en idiomas distintos de inglés hablados por un número considerable de pacientes atendidos por el hospital. Los médicos del Departamento de Urgencias y otros médicos que no sean empleados del hospital también pueden ofrecer programas de atención benéfica o de pago con descuento. Por favor, contacte con el 734-458-4679 para más información.



Olympia Fields Hospital

20201 South Crawford Avenue, Olympia Fields, IL 60461

Aviso que debe incluirse en los extractos de facturación posteriores al alta a los pacientes que no hayan proporcionado prueba de seguro

Nuestros registros indican que no tiene cobertura de seguro médico ni cobertura bajo Medicare, Medicaid, programas de cobertura sanitaria financiados por el estado u otros programas similares. Si dispone de dicha cobertura, por favor contacte con nuestra oficina al 734-458-4679 lo antes posible para obtener la información y facturar a la entidad correspondiente.

Si no tienes cobertura de seguro médico, podrías ser elegible para Medicare, Medicaid, cobertura ofrecida a través del mercado federal de seguros de salud, cobertura financiada por el estado o el condado, o el Programa de Atención Benéfica o Pago con Descuento del Olympia Fields Hospital. Para más información sobre cómo solicitar estos programas, por favor contacta con nuestra oficina para que podamos responder a tus preguntas y proporcionarte las solicitudes para estos programas.