



## POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA

### INTRODUCCIÓN:

---

Hutchinson Health está comprometido a brindar atención médica de calidad a nuestros pacientes, incluyendo aquellos que necesitan ayuda financiera. Como resultado, nuestra Política de ayuda financiera, referida como “FAP” o “Política” está disponible para pacientes sin seguro o con seguro insuficiente basados en la capacidad del paciente de pagar por la atención de emergencia y otra medicamente necesaria. Nuestra Política está disponible para facilitar ayuda episódica; no está destinada a brindar atención a largo plazo, gratuita o con descuento. Una solicitud de Ayuda financiera es válida por seis meses. Nuestra Política establece y describe el criterio de elegibilidad; como calculamos los descuentos, como solicitar ayuda financiera, los proveedores que brindan atención en nuestro hospital y nuestra política de atención médica de emergencia. Los pacientes pueden obtener copias gratis de esta Política y del formulario de solicitud de Ayuda financiera en todos los lugares de registro de pacientes. Para obtener información adicional o preguntas acerca del proceso de solicitud o para pedir copias por correo, los pacientes pueden contactar a nuestro Departamento de Servicios Financieros para el Paciente al 320-484-4493 o al 800-454-3993, o Hutchinson Health PO Box 850 Minneapolis MN 55480-0850. Puede obtener copias gratis de esta Política, el formulario de solicitud y traducciones en [www.hutchhealth.com](http://www.hutchhealth.com)

### CRITERIO DE ELEGIBILIDAD:

---

Hutchinson Health ha establecido el siguiente criterio de elegibilidad para que los pacientes reciban ayuda financiera:

- Puede que se le pida al paciente y a miembros de su hogar que proporcionen evidencia de haber sido o de que serán denegados beneficios del gobierno; tales como, Medicaid. Pueden requerir la carta (s) de denegación de beneficios del gobierno.
- El paciente debe agotar completamente cualquier programa de ayuda del gobierno disponible y cualquier beneficio del seguro médico disponible.
- El paciente debe completar el formulario de Solicitud de Ayuda Financiera del hospital y proporcionar toda la documentación requerida.
- La elegibilidad del paciente para recibir atención gratuita o con descuento estará basada en el ingreso familiar, tamaño de la familia y otros factores (por ej. bienes) de la siguiente manera:
  - Los pacientes deben proporcionar documentación de los bienes del hogar; tales como, efectivo y otros activos líquidos para que la solicitud sea evaluada.
  - Los activos líquidos incluyen bienes en efectivo que se pueden convertir fácilmente en efectivo; tales como, ahorros y cuentas de cheque, acciones, bonos, certificados de depósito, rentas vitalicias y cuentas del mercado monetario. Los fondos de jubilación (por ej. 401K, cuentas IRA y anualidades diferidas) están excluidas de los activos líquidos.
  - Los activos líquidos que superan los \$20,000 se incluyen en el cálculo de ingreso.

- El hospital brinda ayuda a todos los pacientes sin seguro y con seguro insuficiente, cuyo ingreso familiar es menor o igual a 200% del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés). Los pacientes que reúnen este criterio recibirán un 100% del descuento de ayuda financiera.
- Los pacientes con un ingreso familiar y tamaño de familia que los ubica en menos o igual a 400% del FPL recibirán una ayuda financiera parcial basada en el siguiente cuadro:

<b>2024 Pautas de elegibilidad según el nivel de ingresos para el Programa de Atención Caritativa</b>			
	<b>100% de cobertura si los ingresos no superan los</b>	<b>100% de cobertura si los ingresos no superan los</b>	<b>53% de cobertura si los ingresos no superan los</b>
Tamaño de familia	Ingreso bruto anual de FPL	Ingreso bruto anual al 200% de FPL	Ingreso bruto anual menos que o igual a 400% de FPL
1	\$15,060	\$30,120	\$60,240
2	\$20,440	\$40,880	\$81,760
3	\$25,820	\$51,640	\$103,280
4	\$31,200	\$62,400	\$124,800
5	\$36,580	\$73,160	\$146,320
6	\$41,960	\$83,920	\$167,840
7	\$47,340	\$94,680	\$189,360
8	\$52,720	\$105,440	\$210,880
Para familias u hogares con más de 8 personas, agregar \$5,380.00			

#### **COMO SOLICITAR AYUDA FINANCIERA:**

1. Los pacientes deben completar la solicitud de Ayuda Financiera y proporcionar la verificación de ingresos pertinente en persona, en línea por la cuenta Online de HealthPartners o por correo a:  
Hutchinson Health  
PO Box 850  
Minneapolis, MN 55480-0850
2. Los pacientes también pueden enviar por fax las solicitudes completadas y las verificaciones de ingresos correspondientes a Servicios financieros para el paciente al 952-883-3094.
3. Debe proporcionarse las verificaciones pertinentes de ingresos familiares, que incluyen una copia de la Declaración de Impuestos Federal 1040 más reciente, talones de cheque de los últimos 60 días, y/o Carta de beneficios del Seguro Social, beneficios de desempleo o discapacidad, y documentación del acuerdo de pensión alimenticia.
4. La solicitud se puede imprimir de nuestro sitio web [www.hutchhealth.com](http://www.hutchhealth.com) o los pacientes pueden obtener una copia llamando a Servicios financieros para el paciente al 320-484-4493. Estamos abiertos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.
5. Los pacientes pueden comunicarse con Servicios financieros para el paciente al 320-484-4493 con preguntas acerca de la solicitud o para concertar una cita con un Representante financiero de apoyo del paciente.

6. El personal designado en Servicios financieros para el paciente están disponibles para asistir al paciente por teléfono o en persona para completar la solicitud. La ayuda en persona también está disponible para la solicitud de programas del gobierno, como el de Asistencia Médica (MA, por sus siglas in inglés). Los pacientes también pueden contactar al Departamento de Servicios Humanos del condado donde reside o llame a MNSure al 1-855-366-7873. Los pacientes pueden contactar Servicios financieros para el paciente al 320-484-4493 con preguntas acerca de la solicitud o para encontrar un lugar donde haya un representante disponible con quien reunirse en persona.

## **CÁLCULO DE AYUDA FINANCIERA:**

---

Hutchinson Health calcula el nivel de ayuda financiera de un paciente de la siguiente manera:

Una vez que ha sido establecido la elegibilidad para ayuda financiera, Hutchinson Health no cobrará a los pacientes que son elegibles para recibir ayuda financiera más que el monto facturado habitualmente (AGB, por sus siglas en inglés) a pacientes asegurados por atención de emergencia o medicamento necesaria. Para calcular la monto facturado habitualmente, Hutchinson Health usa el método retrospectivo descrito en la sección de Regulación de Tesorería 1.501(r)-5(b) (3). En este método Hutchinson Health usa datos basados en reclamos enviados a pago por servicio de Medicare y todos los seguros comerciales privados por toda la atención médica brindada durante el año anterior para determinar el porcentaje de los gastos totales que son típicamente permitidos por estos aseguradores. Luego, el porcentaje AGB se multiplica por los cargos brutos por atención de emergencia y medicamento necesaria para determinar el AGB. Hutchinson Health recalcula el porcentaje cada año. En 2024 el porcentaje AGB es 47%.

Por ejemplo:

Si el cargo bruto por un procedimiento de colonoscopia para pacientes ambulatorios es de \$1,000 y el porcentaje de AGB es 47%, bajo esta política cualquier paciente elegible para recibir ayuda financiera no será personalmente responsable de pagar más de \$470.00 por un procedimiento de colonoscopia para pacientes ambulatorios.

Si no tiene seguro y el ingreso anual familiar es menor a \$125,000, es posible que sea elegible para un descuento en su atención. Comuníquese con el servicio de atención al cliente llamando al 1-800-454-3903 / 320-484-4493 para obtener más información.

Para el resto de la factura de Hutchinson Health del paciente, después de ser aplicados el AGB y los descuentos para no asegurados que se mencionan en esta sección, los pacientes pueden ser elegibles para descuentos basados en el ingreso familiar, tamaño de familia y bienes, como son señalados bajo el CRITERIO DE ELEGIBILIDAD.

## **ELEGIBILIDAD PRESUNTA**

---

Hutchinson Health puede que presuntamente determine que el paciente es elegible para recibir ayuda financiera basada en la determinación de elegibilidad anterior o en encontrar determinadas circunstancias para recibir ayuda financiera, que incluya:

- Falta de vivienda.
- Servicios médicamente necesarios que no están cubiertos o pagados por el Programa de Medicaid o subvención federal prestada a un destinatario calificado.

- Fecha de calificación y efectividad de Medicaid subsecuente a las fechas de servicio.
- Fallecido y sin cónyuge sobreviviente.

Entre los servicios excluidos están incluidos los servicios electivos (servicios cosméticos u otro no médicamente necesario), tanto como los balances que deben ser pagados por el seguro, como Medicare, Medicaid, automóvil, compensación de trabajo o seguro de responsabilidad. Puede que Hutchinson Health escoja dar presunta elegibilidad en raras o inusuales situaciones del paciente que no son específicamente establecidas en esa FAP. Al hacer una determinación de presunta elegibilidad, si el descuento presunto no es el más generoso descuento disponible, Hutchinson Health notificaría a los pacientes y les daría una cantidad de tiempo razonable a los pacientes para que personalmente soliciten ayuda financiera.

### **LISTA DE PROVEEDORES EN EL HOSPITAL**

---

Se requiere que además del propio hospital, Hutchinson Health enumere a todos los proveedores que brindan atención de emergencia u otra médicamente necesaria en el hospital y especificar cuales de los proveedores están cubiertos por esta política y cuales no lo están. Esta lista de proveedores se mantiene en un documento por separado. Los pacientes pueden pedir una copia contactando a Servicios financieros para el paciente de Hutchinson Health al 320-484-4493.

### **POLÍTICA DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA**

---

Hutchinson Health brinda atención, sin discriminación, para condiciones médicas de emergencia a los pacientes independientemente de su capacidad de pago u elegibilidad para recibir ayuda financiera. El hospital prohíbe cualquier acción u acciones que desalienten a los pacientes de recibir atención médica de emergencia. Ejemplos de conducta prohibida incluyen: un empleado u agente del hospital exigiendo que los pacientes del Departamento de Emergencia paguen antes de recibir tratamiento por atención médica de emergencia, o que permitan actividades de cobro de deudas que interfieran con la prestación de atención médica de emergencia.

Hutchinson Health deberá cumplir con todos los requisitos aplicables del Tratamiento Médico de Emergencia y la Ley del trabajo (EMTALA), incluyendo la provisión de exámenes médicos de detección, tratamiento estabilizador, y referir o transferir a un paciente a otra instalación cuando sea apropiado. Hutchinson Health deberá prestar todos los servicios de emergencia de acuerdo con las condiciones y participación de CMS.

### **POLITICA DE FACTURACION Y COBRANZA POR SEPARADO**

---

Las acciones que Hutchinson Health puede tomar en caso de impago son descritas por separado en la Política de Facturación y Cobranza. Puede ver y obtener una copia gratis de la Política de Facturación y Cobranza del hospital de nuestro sitio web [www.hutchhealth.com](http://www.hutchhealth.com)