

***Las políticas y los procedimientos son pautas y no sustituyen la toma de decisiones personales.***

## ***Objetivo / Declaración de la política:***

El objetivo de Edward-Elmhurst Health (EEH) es ofrecer servicios médicos de calidad con eficacia y sensibilidad como compromiso con la dignidad humana y el bienestar del individuo. Es tanto una filosofía como una práctica de EEH que todos los servicios médicos necesarios y de emergencia deben estar disponibles para todos los individuos, más allá de la posibilidad de pagarlos. EEH no diferencia entre la posibilidad de que un individuo pague los costos de los servicios y la calidad de los servicios que ofrece, independientemente de factores como raza, creencia, color de la piel, sexo, nacionalidad, orientación sexual, discapacidad o edad. EEH incluye como parte de su objetivo cuidar a los enfermos que son indigentes financieros o médicos, y asistirá a los pacientes que no pueden pagar una parte de todos los servicios que obtengan. No obstante, la necesidad de asistencia financiera de estos pacientes siempre se equilibra con una mayor responsabilidad financiera para que las puertas de EEH sigan abiertas para todos aquellos que viven en su comunidad y necesitan los servicios, ahora o en el futuro.

Esta política describe las pautas y los criterios para los programas de asistencia financiera de EEH. Cualquier asistencia financiera concedida se aplicará a la responsabilidad del paciente solo ante una emergencia u otros servicios médicos necesarios. Esta política cumple con la Sección 501 (r) del código Internal Revenue Code, el acto Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act, y el acto Illinois Fair Patient Billing Act y las regulaciones promulgadas en virtud de estos.

## ***Definición:***

**Consultorios médicos afiliados:** Un consultorio sujeto a un Acuerdo de Servicios Profesionales (*Professional Services Agreement, PSA*) a través del cual EEH factura todos los servicios profesionales provistos por los Proveedores del consultorio.

**Montos generalmente facturados:** Los pacientes que cumplen con los requisitos para la Asistencia financiera no deberán pagar más por emergencias o asistencia necesaria que los montos generalmente facturados (AGB) a los pacientes con cobertura. Véase Anexo C para los niveles actuales.

**Nivel de pobreza general:** Los lineamientos establecidos en el Registro federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) bajo el Título 42 USC Artículo 9902.

**Asistencia financiera / Cuidado por caridad:** Se define como asistencia que se ofrece a un costo reducido o gratuito dada la imposibilidad del beneficiario de abonar dicha asistencia por estar subasegurado o no asegurado, y tener ingresos y activos mínimos. Esta es una resolución financiera y de ninguna manera afectará la calidad o el nivel de asistencia provista.

**Indigencia financiera:** Los pacientes que tengan necesidades financieras razonables.

**Habitantes de Illinois:** Un habitante de Illinois es el paciente que vive allí que planea continuar viviendo en Illinois indefinidamente. El traslado a Illinois por el solo propósito de recibir beneficios de la asistencia médica no cumple con los requisitos de residencia bajo el Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act («HUPDA»).

**Endeudamiento:** se define como obligaciones financieras legales tanto aseguradas como no aseguradas, lo que incluye hipotecas, préstamos estudiantiles, préstamos automotrices, otros préstamos comerciales, deudas de tarjetas de crédito u otras deudas médicas.

**Indigencia médica:** Los pacientes cuyos ingresos no los califican para la asistencia financiera en base a los niveles de pobreza general, pero han sufrido cargos devastadores por servicios médicos necesarios. Los gastos médicos, en relación con sus ingresos, harían que fueran indigentes si abonaran la totalidad de los gastos médicos.

**Servicios médicos necesarios:** Cualquier servicio para pacientes internados y ambulatorios que están cubiertos y son considerados servicios médicos necesarios bajo el Título XXVIII de la Ley federal de Seguridad Social. Los servicios médicos necesarios no incluyen servicios que no sean médicos como servicios sociales, educativos, vocacionales ni cirugía cosmética opcional.

**Valor neto:** Se define como los activos líquidos superiores a endeudamiento

**Plan de pagos:** El plan que establece una serie de pagos equitativos extendido por un tiempo para abonar los montos de facturas al paciente

**Presunta elegibilidad:** A cuenta de la aplicación del paciente a la asistencia financiera, es el criterio para estimar que un paciente es elegible para la asistencia financiera

**Activos calificados:** Los activos monetarios que se cuentan a favor de los ingresos del paciente para determinar si cumple con los requisitos de ingresos para el programa. A fin de esta política, los «activos calificados» significarán el 50% de los activos monetarios del paciente en exceso de \$10,000, incluidos efectivo, acciones, bonos, cuentas de ahorro u otras cuentas bancarias, pero excluidos los planes de jubilación IRS calificados y planes diferidos. Ciertos bienes inmuebles u objetos tangibles (hogares primarios, automóviles, etc.) no se incluirán en «activos calificados»; sin embargo, los hogares adicionales en exceso de un solo hogar primario serán incluidos, al igual que los vehículos de uso recreativo. Los «activos calificados» no incluirán los montos principales de fondos dentro de una cuenta de jubilación IRS reconocida, como una IRA o cuentas de jubilación 401K, 403B.

**Paciente subasegurado:** Un paciente con cobertura médica o de póliza, pero con deducibles altos, coseguro y/o gastos corrientes elevados

**Descuento por no asegurado:** Respecto a los servicios médicos necesarios prestados a un paciente no asegurado, se aplica un descuento después de que se contraen los cargos. El descuento por no asegurado aplica a los pacientes elegibles cuyos ingresos sean menores al 600% del nivel de pobreza general (FPL). EEH también podrá ofrecer descuentos para individuos que hayan sido verificados como elegibles a través de programas contraídos de acceso a la asistencia médica local. Se identificarán estos descuentos como cuidado por caridad.

**Paciente no asegurado:** Un paciente que no tiene cobertura de seguro a terceros de una aseguradora médica, un plan de servicios médicos, Medicare o Medicaid o que no sea elegible para programas estatales, o cuya lesión no sea compensable por indemnización por accidentes de trabajo, seguro automotor u otros seguros determinados y documentados.

## ***Procedimiento:***

### **DESCUENTO POR NO ASEGURADO:**

1. Los pacientes no asegurados que no apliquen a la asistencia financiera obtendrán un descuento. La resolución de un descuento por no asegurado aplica a los servicios para los pacientes internados y ambulatorios.
2. La resolución de elegibilidad para un descuento por no asegurado se basa en una presunta revisión con el uso de tecnología sofisticada. Las excepciones de esta política están descritas en el Anexo A.
3. El descuento por no asegurado se calculará de la siguiente manera para los cargos del hospital, estos recibirán un descuento hasta del 135% del costo. Se determina el costo al aplicar la relación entre costos y cobros (RCC) a partir del reporte de gastos más reciente de Medicare hasta la factura del

paciente no asegurado. La fórmula actual para un descuento es de  $[1-(RCC \times 1.35)]$  por costos. Se documentará este descuento como cuidado por caridad.

4. El monto máximo que debe recaudarse en un período de 12 meses por servicios hospitalarios es el 25% de los ingresos familiares del paciente. La fecha de entrada en vigor comienza en la primera fecha en que el paciente califica para el descuento por no asegurado. El paciente que contrae saldos mayores al 25% de los ingresos familiares del paciente se podría considerar como indigente médico.
5. Los pacientes que no son elegibles para un descuento por no asegurado porque sus ingresos exceden el 600% de los niveles de pobreza, pero pueden ser elegibles para la asistencia financiera si están determinados a cumplir con los requisitos para la indigencia médica.
6. Los pacientes que califican para el descuento por no asegurado pero que no pueden abonar el saldo de la cuenta pero que también pueden calificar para los planes de pago.

## **ASISTENCIA FINANCIERA:**

1. La elegibilidad para la asistencia financiera se considerará para los individuos que estén no asegurados o subasegurados, y quienes no pueden pagar los servicios, en caso de que se determine que necesita ayuda financiera de acuerdo con esta política.
2. A fin de esta política, los siguientes servicios de atención médica son elegibles para asistencia financiera:
  - a. Los servicios médicos de emergencia recibidos en una sala de emergencias.
  - b. Servicios médicos necesarios.
  - c. Servicios no optativos ofrecidos ante situaciones potencialmente fatales en salas que no sean de emergencia.
3. Si un paciente que requiere servicios que no sean de emergencia y está cubierto por un HMO o un PPO y Edward-Elmhurst Health no es un proveedor de la red, el paciente debería obtener esos servicios de sus proveedores y no serán elegibles para la asistencia financiera. La Asistencia financiera no está disponible en gastos fuera de la red.
4. La elegibilidad para la asistencia financiera se basa en una presunta revisión a través de un programa sofisticado o en una aplicación completa con documentación obligatoria; una revisión de los ingresos brutos anuales, los gastos y los activos para determinar si un paciente puede pagar las facturas del hospital. Todos los solicitantes de la asistencia financiera deberán ser habitantes de Illinois.
5. El criterio para el descuento de asistencia financiera para los no asegurados es del 200% al 600% del Índice Federal de Pobreza (FPL). Los pacientes no asegurados cuyos ingresos sean menores al 200% cumplen con los requisitos para obtener el descuento del 100%. Los pacientes no asegurados cuyos ingresos sean mayores al 200% pero menores al 600% del FPL calificarán para un descuento en base al AGB, Anexo C. Para los pacientes no asegurados, el criterio del descuento es del 200% al 300% del FPL. Los pacientes no asegurados cuyos ingresos sean menores al 200% del FPL cumplen con los requisitos para obtener el descuento del 100% en montos adeudados después de que la aseguradora abone su parte. Los pacientes no asegurados cuyos ingresos sean mayores al 200% pero menores al

300% recibirán un porcentaje de descuento en base al AGB. Anexo C para montos adeudados después de que la aseguradora abone su parte. Los pacientes no asegurados cuyos ingresos sean mayores al 300% cumplen con los requisitos para otras maneras de asistencia como los planes de pago o descuentos del pago total. Los descuentos para tanto los no asegurados como los subasegurados incluirán los activos calificados en los ingresos anuales.

6. Las solicitudes aprobadas son válidas por seis (6) meses desde la fecha de aviso de aprobación. Los pacientes que reciben un descuento menor al 100% en base a otra solicitud previa aprobada en este período de seis meses será notificado de que ese descuento se basó en una solicitud previa aprobada y sobre el momento en el que solicitan una asistencia más generosa y se les otorga un período de tiempo razonable para solicitar dicha asistencia. Los pacientes tendrán 240 días a partir de la primera factura después del alta para poder solicitar asistencia para ese servicio. Se determinará que un paciente es elegible para la asistencia financiera según una solicitud completa que aplicará solo a todas las facturas iniciales después del alta durante el período de 240 días que siguen a la recepción de dicha solicitud. De ninguna manera los pagos esperados por los servicios que reciba el paciente excederán los del AGB Anexo C.
7. Se notificará por escrito a los pacientes sobre la solicitud completa.
8. Si el monto por el que es responsable de abonar el paciente (deducibles, montos de coaseguro, copagos u otros montos) exceden el AGB después de que se apliquen los porcentajes de descuento, la facturación del paciente se reducirá al AGB.

## **PRESUNTA ELIGIBILIDAD PARA ASISTENCIA FINANCIERA:**

Es posible que EEH utilice una plataforma flexible para evaluar las solicitudes perdidas que utilice múltiples variables demográficas, financieras y conductuales para realizar una revisión financiera completa y así determinar la elegibilidad para asistencia financiera y descuentos a cuenta de la información otorgada por el paciente. Se utilizan numerosas fuentes de información, incluso información histórica, de censos y de reportes de créditos. Se entregan los resultados de manera oportuna y eficiente, lo que permite que el hospital extienda los descuentos apropiados y mantengan la documentación para las auditorías. No existe un impacto del reporte de créditos. El uso de dicha tecnología permite que EEH revise la mayor cantidad posible de pacientes para la asistencia financiera, acorde al Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (*Affordable Care Act*). En caso de que EEH determine que un paciente califica para la asistencia financiera menor al monto total, le dará la oportunidad de demostrar que él o ella califica para una mayor asistencia a través de una notificación de que ha sido presuntamente determinado/a para ser elegible para la asistencia financiera según la metodología descrita previamente y sobre cómo deberá solicitar más asistencia bajo esta política.

Es posible que la presunta elegibilidad esté determinada según las condiciones de vida individuales que pueden incluir las siguientes:

- Personas sin hogar
- Personas fallecidas sin herencia
- Incapacidad mental sin tutor para responder por el paciente
- Elegibilidad para Medicaid, pero no en una fecha de servicio o para servicios no cubiertos
- La inscripción a los siguientes programas de asistencia para individuos con bajos ingresos que cumplen con el 200% de las pautas federales de pobreza.
  - Mujeres, bebés y niños (*Women, Infants and Children Nutritional Program, WIC*)

- Programa de asistencia de nutrición complementaria (*Supplemental Nutritional Assistance Program, SNAP*)
- Programa de desayunos y almuerzos gratis de Illinois (*Illinois Free Lunch and Breakfast Program*)
- Asistencia para Energía para Hogares de Bajos Recursos (*Low-Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP*)
- Programas organizados por una comunidad que ofrece acceso al cuidado médico que evalúa y documenta como criterio la situación financiera de bajos ingresos limitados.
- Recibo de asistencia por servicios médicos
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (*Temporary Assistance for Needy Families, TANF*)
- El Programa de Apoyo a las viviendas de alquiler del IHDA (*Illinois Housing Development Authority*)
- Bancarrota personal reciente
- Encarcelamiento en una institución penal
- Afiliación a una orden religiosa y voto de pobreza

## **CÓMO APLICAR PARA OBTENER ASISTENCIA Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:**

1. Completar el formulario "Request for Determination of Eligibility for Financial Assistance".
2. Cooperar con EEH para otorgar la información y la documentación requeridas para solicitar ayuda pública u otros programas financieros que estén disponibles para abonar los servicios médicos. Si una solicitud para otra ayuda pública u otra cobertura se rechaza con posterioridad por falta de cooperación del paciente, EEH también puede rechazar una solicitud para la asistencia financiera.
3. Proporcionar los documentos financieros y de otros tipos requeridos para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera hasta treinta (30) días después de la solicitud de dicha información.
4. Si se aprueba para un descuento parcial, cooperar con EEH para establecer un plan de pagos razonable que considere los ingresos y activos disponibles, el monto de la factura descontada y cualquier otro pago previo.
5. Si se establece un plan de pagos, informe inmediatamente a EEH sobre cualquier cambio de la situación del paciente que afectaría su capacidad para cumplir con el plan de pagos.

## **CÓMO CALCULAR LOS MONTOS COBRADOS A LOS PACIENTES**

1. Los individuos elegibles para la asistencia financiera no deberán pagar más por emergencias o asistencia necesaria que los montos generalmente facturados (AGB) a los pacientes con cobertura. Se utilizará el método de la relectura para determinar el AGB. Los porcentajes de AGB se calculan de la siguiente manera:

- a. Numerador: la suma de todos los reclamos del período previo de 12 meses, los honorarios por servicio de Medicare, y todas las aseguradoras médicas privadas que abonan reclamos en las instalaciones del hospital; y
  - b. Denominador: la suma de los cargos asociados brutos para dichos reclamos
2. Los porcentajes de AGB se calcularán anualmente y se utilizarán hasta 120 días después de la finalización del período de 12 meses utilizados para calcular los montos generalmente facturados.
  3. Los porcentajes de AGB calculados y vigentes en cada instalación hospitalaria se presentan en el Anexo C.
  4. EEH no le cobrará un monto equivalente o que exceda los cargos brutos por cualquier servicio médico cubierto a un individuo elegible para la asistencia bajo esta política

## **PRÁCTICAS DE RECAUDACIÓN DE EEH EN CASO DE FALTA DE PAGO:**

1. EEH tiene el derecho de proseguir con la recaudación de forma directa o con el apoyo de una agencia de recaudación. No comenzará la recolección externa de los pacientes no asegurados por al menos ciento veinte (120) días después de que las instalaciones de EEH proporcionen su primera factura tras el alta.
  - a. Antes de proseguir con una recolección externa, se notificará a los pacientes sobre esta política con un resumen en lenguaje llano de ella; se hará referencia a la política en las facturas y en al menos una notificación por escrito en la que se expliquen las «recoleciones externas» (aquí descritas) que EEH o la agencia de recolección harán al menos con treinta (30) días de anticipación. La notificación por escrito también señalará si la asistencia financiera está disponible, incluirá adjunto el resumen en lenguaje llano y manifestará la fecha a partir de la que puede tener lugar la recolección extraordinaria.
  - b. EEH o la agencia de recaudación harán lo posible por notificar verbalmente a los pacientes sobre esta política y la manera en que el individuo puede obtener la asistencia a través del proceso de solicitud bajo esta política al menos con treinta (30) días de anticipación al inicio de cualquier recolección extraordinaria.
  - c. Los pacientes pueden enviar solicitudes para asistencia financiera hasta doscientos cuarenta (240) días después de que se envía por correo la factura tras el alta. Si se recibe dentro de este período, EEH suspenderá las recolecciones y evaluará la elegibilidad del paciente para la asistencia. Si un paciente envía una solicitud para asistencia financiera que está incompleta en el período permitido de 240 días, EEH lo notificarán por escrito en la que describirá la información adicional y/o la documentación necesaria para completar la solicitud e incluirá información de contacto para la oficina o el departamento que pueda ofrecer información sobre esta política y que pueda ayudarlo con el proceso de solicitud.

2. Se seguirá la ley de prácticas justas de recaudación de deudas cuando se busque recaudar deudas de todos los pacientes, incluso aquellos que reciben descuentos de asistencia financiera y requerirá la participación de agencias de recolección externas.
3. No se tomarán acciones legales en respuesta a la falta de pago de facturas de pacientes o los titulares que hayan demostrado que no cuentan con los ingresos o activos necesarios para abonar dichas facturas.
4. EEH o la agencia de recaudación pueden realizar las siguientes acciones de recaudación descritas como «acciones de recolección extraordinarias» en Tesoro. Reg. § 1.501(r) -6(b):
  - a. Dar información desfavorable sobre el individuo a agencias de información crediticia; y
  - b. acciones legales, incluido el inicio de una demanda por recolección y la solicitud de resarcimientos como retenciones salariales y gravámenes y embargos de bienes o propiedades en caso de que haya pruebas de que el paciente o titular cuenta con los ingresos y activos para abonar su obligación financiera.
5. En cuanto a los bienes inmuebles, no se efectuará ninguna acción legal o gravamen para forzar la venta de la propiedad principal del paciente para abonar una factura médica pendiente.
6. Todas las agencias de recolección, tanto internas como externas, contratadas para obtener los pagos de facturas pendientes seguirán pautas ya mencionadas y deberán obtener la autorización del director de las cuentas de pacientes antes de tomar acciones legales contra cualquier paciente o titular.
7. Si EEH determina que un paciente es elegible bajo esta política para cualquier servicio, procederá de la siguiente manera:
  - a. Si un descuento es menor al total, le ofrecerá al paciente una factura actualizada que indique el monto que el paciente deberá abonar por el servicio después de haberse aplicado el descuento y la manera en que se determinó el monto y que manifieste el AGB por el servicio.
  - b. El reintegro al paciente por cualquier monto que él o ella haya pagado por los servicios (ya sea a EEH o la agencia de recolección) que exceda el monto del que el paciente se hace responsable de abonar después de solicitar la asistencia, a menos que el monto excedido sea menor a \$5.
  - c. Tomar todas las medidas posibles y razonables para revertir cualquier recaudación extraordinaria dirigida al paciente para obtener el pago del servicio, incluso medidas para evacuar cualquier duda sobre el paciente, levantar cualquier tasa o gravamen aplicados a la propiedad del paciente y eliminar información desfavorable en el reporte crediticio del paciente entregada a una agencia de información crediticia.

## **OTRAS FACTURAS DEL PROVEEDOR**

La política de Asistencia financiera aplica a los servicios que ofrece Edward-Elmhurst Health. Como paciente, dentro de nuestras instalaciones, puede recibir asistencia por parte de otros proveedores. Dado que estos otros proveedores no están vinculados a nuestra política, es probable que deba trabajar directamente con sus oficinas para solucionar cualquier problema con las facturas. Estos proveedores están listados en el Anexo A.

# NOTIFICACIÓN PÚBLICA

1. La notificación de la política de asistencia financiera está publicada en los departamentos de emergencias y en todas las áreas de registro dentro de los hospitales y de las clínicas fuera de las instalaciones. La información sobre la política de asistencia financiera también estará disponible en el sitio web del hospital.
  - a. Se ofrecerá una copia de la política de asistencia financiera a cualquiera que la solicite.
  - b. Para preguntas sobre la asistencia financiera, cómo solicitar asistencia, descuentos por no asegurado o sobre cómo recibir copias físicas de nuestra política y/o solicitud, puede comunicarse con el hospital Edward llamando al 630-527-5307 o con el hospital Elmhurst Memorial llamando al 331-221-6740. Por otras preguntas relacionadas con la facturación, póngase en contacto con nuestro departamento de cuentas de pacientes de Edward llamando al 630-527-3100 o del hospital Elmhurst 331-221-6600. Para asistencia en persona, visite el consejero financiero de Edward o Elmhurst.
  - c. La política está en inglés y en español, las dos lenguas primarias que cobren el área de servicio médico de Edward-Elmhurst. Haremos una revisión anual de la lengua primaria de los pacientes cuando se registran para asegurarnos de que nuestra política se traduzca a cualquier lengua de al menos 1,000 individuos o más o al menos el 5% de los habitantes dentro del área de servicios de los hospitales o que es probable que se encuentren en el hospital.
2. Un reporte mensual en el que se listen los montos en dólares de los descuentos de la asistencia financiera y de la asistencia por no asegurado deberán realizarse y enviarse al EEH Services Corporation Financial Committee.

## **ANEXOS:**

### **ANEXO A - Excepciones de proveedores de EEH - Revisión automatizada de presunta elegibilidad**

Para solicitar los servicios ofrecidos que tienen los siguientes requisitos, deberá completar el formulario «uninsured questionnaire».

1. Edward Health Ventures, d/b/a Edward Medical Group, Edward Hematology Oncology Group, Edward-Elmhurst Surgical Oncology Group, Edward Neuroscience Institute, Elmhurst Neuroscience Institute, Elmhurst Memorial Medical Group y Linden Oaks Medical Group
2. Elmhurst Memorial Healthcare, d/b/a Elmhurst Clinic and Elmhurst Medical Associates,

El paciente o el titular para efectuar los pagos se hace responsable de solicitar el descuento. Es posible que se solicite una evaluación de los ingresos anuales brutos del paciente y el número de exenciones identificadas en el archivo 1040 más reciente de declaración de ingresos. Es posible que se evalúe la información sobre activos individualmente para determinar si el paciente cumple con los requisitos para un descuento por no asegurado.



El descuento por no asegurado será un porcentaje de los cargos facturados en base del descuento para pacientes no asegurados del hospital EEH para servicios que ofrecen las entidades ya mencionadas en el Anexo B.

## **ANEXO B - Otros proveedores que ofrecen servicios en las instalaciones de EEH no vinculadas a la política de Asistencia financiera de EEH**

1. Cardiac Surgery Associates, S.C.
2. DuPage Medical Group, Ltd.
3. DuPage Neonatology Associates, S.C.
4. Fox Valley Radiation Oncology, LLC.
5. Laboratory and Pathology Associates
6. Laboratory and Pathology Diagnostics
7. DuPage Valley Anesthesiology Ltd.
8. Naperville Radiologists, S.C.
9. Pediatric Critical Care Specialists, P.C.
10. Breg Inc.
11. Elmhurst Anesthesiology (Anesthesia Business Consultants)
12. Suburban Surgical Associates, Ltd.
13. Elmhurst Emergency Medical Services (Millennium Medical Management)
14. Elmhurst Radiology (Physician Support Services)
15. Elmhurst Radiology (McKesson)
16. Associated Pathology Consultants (Med Data)

## **Anexo C - Montos generalmente facturados (*Amounts Generally Billed, AGB*)**

7/1/2018 Edward Hospital 77% Elmhurst Memorial Hospital 78% Linden Oaks Hospital 56%  
9/28/2019 Edward Hospital 79.45% Elmhurst Hospital 80.81% Linden Oaks Hospital 59.07%  
10/1/2020 Edward Hospital 79.36% Elmhurst Hospital 80.27% Linden Oaks Hospital 57.33%

## ***Referencia(s) cruzada(s)***

### **La política vigente reemplaza:**

Edward Hospital FINL\_011 Financial Assistance Determination

Todas las fechas de revisión: 11/5/2020, 11/4/2020, 12/3/2019, 6/4/2019, 6/10/2016

### **Adjuntos**

No hay adjuntos

### **Firma del paciente:**

<b>Aprobado por</b>	<b>Fecha</b>
Margaret Cross: Clinical Education Manager	5/11/2020
Gregory Arnold: Vicepresidente, Revenue Cycle	5/11/2020

[Versión antigua de las firmas de aprobación](#)

### **Aplicabilidad**

Ambulatory, Edward Elmhurst Health System, Edward Hospital, Elmhurst Hospital, Linden Oaks Hospital, Plainfield Lab