

OBJETIVO

Asegurarse de que hay opciones de asistencia económica disponibles para todos los pacientes y garantes en estado de indigencia médica que no pueden pagar por servicios de atención médica necesarios que el complejo hospitalario *Saint Luke's Health System* ("*Saint Luke's*") les proporcionó, y al mismo tiempo, asegurarse de que el hospital *Saint Luke's* cumple con las leyes estatales y federales y con las directrices relacionadas con la asistencia económica y la beneficencia.

POLÍTICA

El complejo hospitalario *Saint Luke's Health System* ofrece asistencia económica a los pacientes en estado de indigencia médica que cumplen con los requisitos detallados en esta política.

Consideraremos ofrecer asistencia económica en las siguientes situaciones:

- pacientes sin seguro médico que no tienen recursos para pagar;
- pacientes con seguro médico que no tienen los medios para pagar la parte no cubierta por el seguro;
- pacientes que han fallecido y que no tienen patrimonio o fideicomiso en vida;
- pacientes que han padecido una enfermedad o una lesión muy graves.

DEFINICIONES

***Amounts Generally Billed* (AGB, por sus siglas en inglés, "los montos generalmente facturados"):** los "montos generalmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés) son la cantidad de honorarios normalmente permitidos por *Medicare* para el pago de servicios médicos, y por las compañías privadas de seguro médico para la atención médica de urgencia y los servicios necesarios por razones médicas. El *SLHS* utiliza un método retrospectivo para determinar el *AGB*.

Gastos médicos por padecimientos muy graves (*Catastrophic Medical Expense*): los gastos médicos por padecimientos muy graves se definen como la responsabilidad económica del paciente superior al 20% del ingreso anual y los recursos económicos del paciente o del garante.

Copago: la cantidad mínima que deben pagar los pacientes que cumplen con los requisitos para asistencia económica. El copago no puede ser mayor del *AGB*.

Índice federal de pobreza: el índice federal de pobreza (*FPL*, por sus siglas en inglés) promulgado por el gobierno federal describe los niveles de pobreza de los Estados Unidos; están basados en el ingreso personal o familiar del hogar. El índice federal de pobreza se ajusta por inflación y se publica en el *Federal Register* (registro federal). Para cumplir con el objetivo de esta política se utilizará el índice anual vigente.

***Look Back Method* (método retrospectivo):** en este método se utilizan los 12 meses anteriores para el cálculo de los montos generalmente facturados (*Amounts Generally Billed*, *AGB*).

***Medically Necessary Services* (servicios necesarios por razones médicas):** los servicios necesarios por razones médicas son aquellos servicios razonables y necesarios según la opinión del profesional médico para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad física o mental, o de una lesión; para lograr el crecimiento y el desarrollo apropiado según la edad del paciente; para reducir la progresión de una discapacidad; o para lograr, mantener y recuperar la capacidad funcional; conforme con las normas de práctica establecidas en las comunidades médicas en la zona donde se ofrecen los servicios de atención médica o de salud mental; y de manera que el/los servicio(s) sea(n) prestado(s) en el ambiente

más apropiado. Los servicios necesarios por razones médicas no son aquellos que se utilizan por conveniencia y no se consideran de índole experimental o que sean una forma excesiva de tratamiento.

Paciente en estado de indigencia médica: es una persona que ha demostrado que es demasiado pobre para pagar sus gastos médicos. El paciente en estado de indigencia médica puede tener una fuente de ingresos o no tenerla, y puede que tenga seguro médico o puede no tenerlo. La situación económica de cada paciente será evaluada individualmente utilizando como guía el Índice Federal de Pobreza.

PROCEDIMIENTO

Cómo solicitar asistencia económica

El estado de indigencia médica se debe demostrar con documentación, una evaluación económica o por medio de una valoración estimada. Esta determinación se puede hacer mientras el paciente está hospitalizado, después de ser dado de alta, durante el cobro de las facturas o después de entregar la cuenta del paciente a una agencia de cobranza. Se aceptan solicitudes para asistencia económica hasta 1 año después de la fecha del servicio de atención médica.

Los pacientes pueden solicitar asistencia económica completando un formulario que lleva por título *Statement of Financial Position* (estado de la situación económica); además, deben entregar los documentos que le soliciten. Los pacientes pueden obtener el formulario *Statement of Financial Position* solicitándolo por escrito, llamando por teléfono, o poniéndose en contacto por correo electrónico con la oficina administrativa. El formulario también se encuentra disponible en la página de internet de *Saint Luke's* del sitio web www.saintlukeshealthsystem.org/charity-care. Puede que sea necesario que presente documentos de apoyo como la declaración de impuestos federales (*Federal Income Tax Return*), una carta de dispensa de la declaración de impuestos (*IRS non filing*), estados de cuenta bancaria recientes, comprobantes recientes de pago, una carta de la oficina de *Medicaid* que le niegue cobertura, y cualquier otro documento que demuestre el ingreso, los bienes y la situación económica del paciente o del hogar.

Bajo circunstancias especiales, es posible que el paciente no tenga que cumplir con el requisito de completar el formulario *Statement of Financial Position* (estado de la situación económica) y de proveer documentos adicionales, siempre y cuando tenga la aprobación de un gerente o supervisor. Ejemplos de circunstancias especiales son: pacientes con posible cobertura de *Medicaid* que reciben servicios de atención médica que no están cubiertos por un seguro médico pero que son necesarios según la opinión de un profesional médico o por motivos de urgencia, pacientes que podrían reunir los requisitos basándose en una valoración estimada, pacientes que no pueden proveer ninguno de los documentos necesarios, y pacientes sin hogar.

El personal administrativo de facturación, o el de admisiones, pueden ayudarle con la solicitud. Se puede solicitar ayuda por teléfono o en persona en los centros listados en la sección *Request a Copy* (solicite una copia).

Las solicitudes para asistencia económica tendrán una validez de seis (6) meses a partir de la fecha de su aprobación. Se puede extender la ayuda económica durante seis (6) meses más por medio de una declaración del ingreso, o un estimado de ingreso familiar y el número de personas en el hogar. Todos los pacientes deben volver a presentar una solicitud después que pase el periodo inicial de doce (12) meses.

Determinación de asistencia económica

La elegibilidad del paciente para recibir asistencia económica no se determina hasta que no se hayan agotado todos los medios para identificar y obtener pago de *Medicare*, *Medicaid*, Fondo para las Víctimas de Delitos, otros programas gubernamentales, otros programas autofinanciados, seguro médico, protección de lesiones personales del seguro automovilístico (*PIP*, por sus siglas en inglés) también conocido como *med pay*, gravámenes de responsabilidad, reclamos sucesorios o cualquier otra fuente apropiada de pago. Se debe revocar cualquier ajuste de asistencia económica si se recibe posteriormente

el pago de terceros. La asistencia económica se considerará como última instancia.

Los pacientes que no tienen seguro médico podrían recibir un descuento para pacientes sin seguro. Si el paciente reuniese los requisitos necesarios para recibir asistencia económica, se revocaría el descuento para pacientes sin seguro y luego se asignaría el ajuste para la asistencia económica.

La elegibilidad del paciente para recibir asistencia económica se basa en los ingresos del hogar en el momento de la solicitud, que se expresa como un porcentaje del Índice Federal de Pobreza basado en el tamaño de la familia.

Los ingresos familiares se definen como:

Adultos: si el paciente es un adulto, "ingresos familiares anuales" significa la suma del total del ingreso bruto anual, o del ingreso anual estimado, del paciente y del cónyuge del paciente.

Menores de edad: si el paciente es menor de edad, "ingresos familiares anuales" significa la suma del total del ingreso bruto anual o del ingreso anual estimado, del paciente, y de los padres que viven en el hogar.

Tamaño del hogar se define como:

Adultos: cuando se calcula el tamaño del hogar, se incluye el paciente, el cónyuge del paciente, y todos los dependientes, tal como se define en el *Internal Revenue Code* (Código de Hacienda, *IRC*, por sus siglas en inglés).

Menores: cuando calcula el tamaño del hogar, se incluye el paciente, a la madre del paciente, al padre del paciente, a los dependientes de la madre y a los dependientes del padre, tal como se define en el *Internal Revenue Code* (Código de Hacienda, *IRC*, por sus siglas en inglés).

Los recursos económicos como cuentas bancarias de cheques, de ahorros, las *IRA*, los *CD*, los ahorros para la jubilación y las inversiones pueden tenerse en cuenta cuando se determina la capacidad contributiva del paciente. En todos los casos, la situación económica global del paciente y de la parte responsable, y el ingreso familiar se tienen en cuenta al determinar la asistencia económica.

La elegibilidad del paciente para recibir asistencia económica se basa en el Índice Federal de Pobreza y en otros recursos económicos.

El Índice Federal de Pobreza se utiliza como una guía y se aplica de acuerdo a los servicios y el entorno de los diferentes proveedores. El Índice Federal de Pobreza se usa para determinar la asistencia económica y se presentará más adelante en esta política.

Puede que sea necesario pagarle al hospital un copago (responsabilidad mínima del paciente) para cada admisión imprevista como paciente interno o como paciente en observación clínica. Se le podría proveer asistencia económica hasta el 100% de los cargos facturados menos el copago por los servicios hospitalarios.

Se podría facturar un copago para cada visita a urgencias que no resulte en un ingreso hospitalario; además, podría recibir asistencia económica hasta el 100% de los cargos facturados, menos el copago. Se limitará la asistencia económica a un máximo del 75% de cargos facturados para todos los servicios de atención médica programados, incluso por todos los servicios programados como paciente interno o externo. Véase la política de *Patient Accounts Payment Policy for Scheduled Services* (pago de la cuenta del paciente) para informarse sobre la evaluación económica y el proceso de aprobación, así como para informarse también sobre los requisitos de pago de servicios programados.

Base para calcular los "montos generalmente facturados": solo para cuentas hospitalarias

Una vez se reduzca la cuenta del paciente por medio del ajuste de asistencia económica basado en esta política y en esta directiva, el paciente será responsable solo de la cantidad que normalmente tienen que pagar los pacientes que tienen *Medicare* por servicios médicos, y por las compañías de seguro médico privadas, para la atención médica de urgencia y servicios necesarios por razones médicas. Se utiliza un método retrospectivo para determinar el *AGB*.

El resumen de "los montos normalmente facturados" (*AGB*, por sus siglas en inglés) detalla los cálculos y el porcentaje que utiliza el hospital. El resumen de los *Amounts Generally Billed* ("montos generalmente facturados") está disponible en la página de internet www.saintlukeshealthsystem.org/charity-care.

Los pacientes o el público en general, pueden solicitar esta política, que se ofrece sin cargo alguno en la oficina de admisiones del hospital o en la oficina de facturación. La información para ponerse en contacto con los centros hospitalarios y con las oficinas de facturación está disponible en la sección *Request a Copy* (solicite una copia).

Presunta elegibilidad

El complejo hospitalario *SLHS* recibe recomendaciones de terceros que evalúan independientemente la capacidad de pago y la probabilidad de recibir beneficencia. El *SLHS* puede tomar estas recomendaciones en consideración para determinar la asistencia económica cuando el paciente no ha completado una solicitud. Los pacientes que reúnan los requisitos necesarios de la presunta elegibilidad pueden recibir asistencia total o parcial. Si se aprueba la asistencia económica parcial, el paciente recibirá una factura por el monto de la cantidad que debe. En ese caso se le notificará al paciente de la aprobación parcial y de cómo solicitar asistencia económica para determinar si tiene asistencia adicional disponible. Si el paciente solicita asistencia adicional, la solicitud se revisará y se le notificará de la decisión. El paciente que no reciba una confirmación de la asistencia económica total recibirá una factura.

Las pautas para calcular los porcentajes del Índice Federal de Pobreza (*FPL*, por sus siglas en inglés) se aplican de la siguiente manera:

Saint Luke's Hospital, Saint Luke's Northland Hospital, Saint Luke's South Hospital, Saint Luke's East Hospital, Saint Luke's Cushing Hospital y Crittenton Children's Center

% de ingreso del <i>FPL</i>	Beneficencia	Responsabilidad del paciente.
-----------------------------	--------------	-------------------------------

Ingreso hospitalario como paciente interno o paciente en observación clínica

133% o menos del <i>FPL</i>	100%	0%
-----------------------------	------	----

134% - 200% del <i>FPL</i>	100% menos el copago	\$700 de copago cada hospitalización/cuenta
----------------------------	----------------------	---

201% - 300% de <i>FPL</i>	100% menos el copago	\$1,500 de copago cada hospitalización/cuenta
---------------------------	----------------------	---

Recursos económicos como cuentas bancarias de cheques, de ahorros, las *IRA*, los *CD*, los ahorros para la jubilación y las inversiones pueden tenerse en cuenta cuando se determina la capacidad contributiva del paciente.

Los pacientes que se oponen por razones religiosas o que son indios norteamericanos que se oponen a los

programas de seguro médico o a los programas del gobierno podrían deber una cantidad mayor, pero esta no será superior a "los montos generalmente facturados (AGB)". La capacidad de pago del paciente, así como la de la comunidad tribal o religiosa se tomará en cuenta.

Visitas de urgencias que no resulten en hospitalización:

Menos del 300% <i>FPL</i>	100% menos el copago	\$150 copago por cada visita
---------------------------	----------------------	------------------------------

Los gastos médicos por padecimientos muy graves (*catastrophic medical expense*) se definen como la responsabilidad económica del paciente mayor del 20% del ingreso anual y los recursos económicos que el paciente o el garante tienen disponibles. En caso de que el paciente tenga este tipo de gastos, la responsabilidad económica del paciente después de haber recibido beneficencia puede reducirse a una cantidad equivalente al 20% del ingreso anual y de los recursos económicos. La responsabilidad del paciente después de recibir asistencia económica no puede ser mayor del *AGB*.

Cuentas de laboratorios regionales de *Saint Luke's*

% de ingreso del <i>FPL</i> %	% de beneficencia	% de la responsabilidad del paciente
133% o menos	100%	0%
>133%	0%	100%

Anderson County Hospital *Hedrick Medical Center* *Wright Memorial Hospital*

% de ingreso del <i>FPL</i>	% de beneficencia	% de la responsabilidad del paciente
133% o menos	100%	0%
134% a 150%	75%	25%
151% a 175%	50%	50%
176% a 200%	30%	70%
>200%	0%	100%

Recursos económicos como cuentas bancarias de cheques, de ahorros, las *IRA*, los *CD*, los ahorros para la

jubilación y las inversiones pueden tenerse en cuenta cuando se determina la capacidad contributiva del paciente.

Los pacientes que se oponen por razones religiosas o que son indios norteamericanos que se oponen a los programas de seguro médico o a los programas del gobierno podrían deber una cantidad mayor, pero esta no será superior a "los montos generalmente facturados (AGB)". La capacidad de pago del paciente, así como la de la comunidad tribal o religiosa se tomará en cuenta.

Visita a urgencias que no resulte en hospitalización:

Menos del 200% del <i>FPL</i>	100% menos el copago	\$150 copago por cada visita
-------------------------------------	----------------------------	---------------------------------

Los gastos médicos por padecimientos muy graves (*catastrophic medical expense*) se definen como la responsabilidad económica del paciente mayor del 20% del ingreso anual y los recursos económicos que el paciente o el garante tienen disponibles. En caso de que el paciente tenga este tipo de gastos, la responsabilidad económica del paciente después de haber recibido beneficencia puede reducirse a una cantidad equivalente al 20% del ingreso anual y de los recursos económicos. La responsabilidad del paciente después de recibir asistencia económica no puede ser mayor del AGB.

Los hospitales regionales y las clínicas asociadas podrían ser centros autorizados por el *National Health Services Corps (NHSC)*, por sus siglas en inglés, cuerpo de inspectores de los servicios de salud). En esta situación, estos hospitales regionales y las clínicas asociadas seguirán las directrices establecidas y aprobadas por *el NHSC*.

Servicios profesionales médicos provistos por médicos empleados por una entidad de *SLHS* y por médicos contratados con un ciclo de facturación gestionado por una entidad de *SLHS*.

Ingreso hospitalario como paciente interno o como paciente en observación clínica:

% de ingreso del <i>FPL</i>	% de beneficencia	% de la responsabilidad del paciente
133% o menos	100%	0%
134% a 200%	75%	25%
201% a 300%	50%	50%

Autorización

La asistencia económica puede ser aprobada por un empleado de cuentas del paciente, un supervisor, un gerente, un director, un vicepresidente, un interventor o director de finanzas (CFO, por sus siglas en inglés). Se requiere una revisión y autorización gerencial como se detalla en la política de *Patient Account Adjustment and Action Approval Levels Policy Adjustment (FIN-067)* [ajuste de cuentas de pacientes y política para niveles de autorización (FIN-067)].

Las solicitudes de empleados del hospital *Saint Luke's* para recibir asistencia económica requieren la autorización del *Vice President of Revenue Cycle and Chief Financial Officer* (vicepresidente del ciclo de facturación y del director de finanzas) de la entidad que tenga la cuenta sin pagar del paciente.

Reembolsos al paciente

El hospital reembolsará cualquier cantidad que una persona haya pagado por atención médica que sea superior a la cantidad que se haya determinado que sea su responsabilidad, después de que se haya determinado que reúne los requisitos necesarios según lo establecido por la política de asistencia económica, a menos de que esa cantidad sea menos de \$5 (u otra cantidad establecida por medio de una notificación u otra pauta publicada por el *Internal Revenue Bulletin*, (boletín de Hacienda).

Disponibilidad de la política de asistencia económica para pacientes

En los estados de cuenta del paciente figura la información necesaria sobre la asistencia económica, y, además, está publicada en carteles ubicados en las zonas de registro del hospital. La política de asistencia económica, el resumen de la política en lenguaje sencillo y el formulario de asistencia económica con las instrucciones pertinentes, están disponibles en la página de internet de Saint Luke's: www.saintlukeshealthsystem.org/charity-care

Los pacientes o el público en general, pueden solicitar esta política, que se ofrece sin cargo alguno en la oficina de admisiones del hospital o en la oficina de facturación. La información para ponerse en contacto con los centros hospitalarios y con las oficinas de facturación está disponible en la sección *Request a Copy* (solicite una copia).

Facturación y cobro de cuentas del paciente

Se envía un estado de cuenta al paciente para avisarle del saldo vencido. La cuenta se considera atrasada o en mora (*delinquent*) cuando el paciente no hace el pago debido o cuando no establece un plan de pago razonable antes del próximo estado de cuenta. También se notifica al paciente sobre cuentas atrasadas por medio de los estados de cuenta mismos, mediante llamadas telefónicas, avisos finales o cartas de cobranza. Las cuentas en mora pueden ser entregadas a agencias de cobranza si el paciente no responde. Se puede utilizar el concepto de presunta elegibilidad para determinar si el paciente reúne los requisitos necesarios para recibir asistencia económica. El ingreso estimado y el tamaño de la familia, o la probabilidad de que el paciente pague, pueden hacer que el paciente califique para recibir asistencia económica. Cuando la presunta elegibilidad resulta en un 100% de beneficencia, la cuenta se ajusta de manera correspondiente. Si la presunta elegibilidad resulta en beneficencia parcial, se avisa al paciente por escrito sobre la beneficencia parcial, y de que puede solicitar beneficencia adicional completando una solicitud. Se otorga un plazo de tiempo razonable para solicitar asistencia adicional. Los pacientes pueden solicitar asistencia económica antes, durante o después de recibir atención médica.

El *Vice President of Revenue Cycle* (vicepresidente del ciclo de facturación) o el *Chief Financial Officer* (director de finanzas) del hospital tienen la autoridad final y la responsabilidad de determinar si la política y los procedimientos del hospital son razonables para determinar si la persona reúne los requisitos necesarios de *FAP*; para luego imponer actuaciones judiciales (*Extraordinary Collection Actions, ECA*, por sus siglas en inglés) contra la persona.

Las cuentas en mora se entregan a una agencia de cobranza. La política y las prácticas de la agencia de cobranza deben cumplir con la ley *Fair Debt Collection Practices Act* (ley de prácticas justas para el cobro de deudas). La agencia establece una relación con el paciente durante el cobro de la cuenta en mora y utiliza una variedad de métodos de cobranza, como enviar cartas y hacer llamadas telefónicas.

Demanda de cobranza

El complejo hospitalario de *Saint Luke's Health System (SLHS)*, la agencia de cobranza y el bufete de abogados de cobranza (bufete de abogados) colabora con los pacientes siempre y cuando sea posible para evitar entablar una demanda de cobranza. El *SLHS* puede entablar una demanda para intentar la cobranza de cuentas en mora cuando no se puede llegar a un acuerdo, o no se cumple con un acuerdo, para la liquidación de la cuenta, o el plan de pago. Cuando un paciente solicita, o cuando se evalúa a un paciente para que reciba asistencia económica y no se aprueba su solicitud, el *SLHS* puede entablar una demanda

para intentar cobrar las cuentas en mora. Toda solicitud para entablar una demanda debe ser aprobada por la oficina de facturación o por el director de finanzas del hospital (*CFO*).

Si el paciente se comunica con la agencia de cobranza, o con el bufete de abogados, antes del embargo de salarios, se intentará saldar la cuenta o negociar un plan de pago que sea razonable según las circunstancias. Si el paciente paga puntualmente de acuerdo con el arreglo negociado, no se procederá con el embargo de salarios.

El embargo de salarios se entabla después de recibir un fallo del tribunal, a menos de que el tribunal ordene un aplazamiento, o de que se haya negociado un plan de pagos y se esté cumpliendo. Si el bufete de abogados piensa que el deudor ha sido despedido de su trabajo, el embargo de salarios puede mantenerse hasta que se localice un sitio de empleo.

Los pacientes autorizados para recibir asistencia económica parcial puede que deban el saldo de la cuenta. El paciente recibirá una carta autorizando la asistencia económica parcial que explicará la cantidad aprobada para asistencia económica y la cantidad que el paciente debe. El paciente recibirá estados de cuenta. Si no se paga la cuenta, quedará en mora (*delinquent*) y se mandará un aviso final. Si el paciente no paga el saldo, tramita un plan de pagos, o solicita asistencia económica adicional, la cuenta se entregará a una agencia de cobranza. Después de enviar la cuenta en mora a la agencia, se puede entablar una demanda de cobros. Si se otorga un fallo, el hospital o la entidad puede embargar el salario para cobrar el saldo de acuerdo a las leyes aplicables.

Solicitud de una copia

La *Financial Assistance for Medically Indigent Patient policy* (política de asistencia económica para los pacientes en estado de indigencia médica), la *Financial Assistance Application* (la solicitud para recibir asistencia económica), o el *Plain Language Summary* (el resumen en lenguaje sencillo), están disponibles gratuitamente en el sitio web de www.saintlukeshhealthsystem.org/charity-care, o puede recogerlos en persona en la oficina de admisiones, o puede solicitarlos llamando a la oficina de facturación.

Saint Luke's Health System Centralized Hospital Business Office
(oficina central administrativa del complejo hospitalario de Saint Luke's)

816-932-5678 o 888-581-9401

Saint Luke's Hospital of Kansas City
4401 Wornall Road
Kansas City, MO 64111

Saint Luke's North Hospital–Barry Road
5830 N.W. Barry Road
Kansas City, MO 64154

Saint Luke's South Hospital
12300 Metcalf Ave.
Overland Park, KS 66213

Crittenton Children's Center
10918 Elm Ave.
Kansas City, MO 64134

Saint Luke's East Hospital
100 N. E. Saint Luke's Blvd.
Lee's Summit, MO 64086

Saint Luke's North Hospital–Smithville

601 S. 169 Highway
Smithville, MO 64089

Saint Luke's Cushing Hospital
711 Marshall St.
Leavenworth, KS 66048

Hospitales regionales:

Anderson County Hospital
421 S Maple
Garnett, KS 66032
785-204-4002

Wright Memorial Hospital
191 Iowa Blvd.
Trenton, MO 64683
660-358-5871

Hedrick Medical Center
2799 N. Washington St.
Chillicothe, MO 64601
660-214-8150

Saint Luke's Health System Physicians Centralized Business Office 816-502-7100

Saint Luke's Physician Specialists
Saint Luke's Cardiovascular Consultants
Saint Luke's Medical Group
Medical Plaza Imaging Associates
Midwest Ear Institute

Rockhill Orthopedic Specialists 816-246-4302
Advanced Urologic Associates 816-251-5100

Medidas para la publicación de la política de asistencia económica

Las medidas usadas ampliamente para publicar esta política en la comunidad y a los pacientes son las siguientes:

- publicación de la política, solicitud para asistencia económica y el resumen en lenguaje sencillo en la página de internet de *Saint Luke's* en el sitio web: www.saintlukeshealthsystem.org/charity-care;
- copias de la política, de la solicitud para la asistencia económica y el resumen en lenguaje sencillo se pueden descargar e imprimir del sitio web: [saintlukeshealthsystem.org/charity care](http://saintlukeshealthsystem.org/charity-care);
- copias en papel de esta política, de la solicitud para asistencia económica y el resumen en lenguaje sencillo están disponibles gratuitamente. El paciente puede llamar para solicitarlas u obtenerlas en la oficina administrativa del hospital o en el departamento de admisiones;
- ofrecer información cuando el paciente llama;
- publicación de un aviso en Urgencias o en la zona de registro de los hospitales;
- mensaje en el estado de cuenta del paciente para informarle de la disponibilidad de asistencia económica y dónde llamar par obtener información y llenar una solicitud;
- información por parte del personal de *Saint Luke's* cuando sea apropiado, en persona o durante llamadas telefónicas para facturación y atención al paciente.

EN COLABORACIÓN CON:

System Director Professional Fee Revenue Cycle
SLHS Chief Compliance Officer
Vice President of Taxation
Vice President of Mission and Community Services
Vice President of Revenue Cycle
Chief Financial Officers

La política para pacientes en estado de indigencia médica (FIN-010) fue aprobada por la junta de directores del complejo hospitalario de *Saint Luke's Health System* el 15 de diciembre de 2015.

FUENTE DE CONSULTA

[Patient Accounts Adjustment and Action Approval Levels \(FIN-067\)](#)

[Patient Accounts Payment Policy for Scheduled Services \(FIN-029\)](#)

VEASE TAMBIÉN:

[Statement of Financial Position \(SYS 153 English y SYS 154 Spanish\)](#)

[Financial Assistance Summary \(SYS 155\)](#)

[Financial Assistance Policy Plain Language Summary \(SYS-590\)](#)

Entidades de *SLHS* reguladas por esta política:

Esta política se aplica a todas las entidades de *SLHS* incluso a todos los hospitales:

Anderson County Hospital (d/b/a for Saint Luke's Hospital of Garnett, Inc.)

Hedrick Medical Center (d/b/a for Saint Luke's Hospital of Chillicothe)

Kansas City Community Hospital (d/b/a for Saint Luke's Community Hospital)

Saint Luke's Cushing Hospital

Saint Luke's East Hospital

Saint Luke's Hospital of Kansas City

Saint Luke's Hospital of Kansas City Crittenton Children's Center Campus

Saint Luke's North Hospital

Saint Luke's South Hospital, Inc.

Wright Memorial Hospital (d/b/a for Saint Luke's Hospital of Trenton, Inc.)

Saint Luke's Physician Specialists, LLC

Saint Luke's Cardiovascular Consultants

Saint Luke's Medical Group

Medical Plaza Imaging Associates, LLC

Midwest Ear Institute

Advanced Urology Associates

Rockhill Orthopedics

Profesional médico que no está protegido por esta política:

Los médicos o profesionales de la salud prestan atención médica a los pacientes, o asisten en el tratamiento de pacientes, cuando estudian resultados clínicos, interpretan pruebas, realizan análisis clínicos y brindan servicios de atención médica a los pacientes de manera individualizada. Esta política no protege a los médicos y profesionales de la salud que no son empleados del complejo hospitalario de *Saint Luke's Health System* o de sus subsidiarias. Los siguientes grupos médicos no están protegidos por esta política:

Metro Emergency Physicians, LLC
Docs Who Care (emergency physicians)
Quality ER Care, LLC
EMS, LLC (emergency physicians)
St. Luke's Pathology Associates, P.A. (Ameripath)
New York Blood Center (dba Community Blood Center)
Alliance Radiology, P.A.
Leavenworth Radiology
Leroy James Bowes, CRNA (anesthesia)
Have a Nice Day Anesthesia Associates, LLC

Por favor, llame al: 816-932-5678, si tiene alguna pregunta sobre si un profesional médico está protegido por esta política.