
**POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA
(RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS)
FINANCIAL ASSISTANCE POLICY
(PLAIN LANGUAGE SUMMARY) - SPANISH**

**Hutchinson
HEALTH**

Fecha de revisión/Revisada: 10/10/2017 por Gerente de Servicios Financieros del Paciente (LW)

Fecha de aprobación: por Gerente de Servicios Financieros del Paciente (LW)

Fecha de formalización: 12/30/2015 por El Comité de Auditoría y Cumplimiento del Consejo

POLÍTICA:

Hutchinson Health se esfuerza en brindar atención de calidad y asequible a todos sus pacientes y se compromete a proveer ayuda financiera a personas sin seguro y a personas con seguro insuficiente que necesitan atención médicamente necesaria y atención de emergencia.

- **Pacientes sin seguro:** Personas que no tienen seguro, ni cuentan con asistencia de terceros para ayudar a pagar por su atención médicamente necesaria.
- **Pacientes con seguro insuficiente:** Personas que reciben tratamiento o servicios que no son cubiertos por su seguro.

A los pacientes que califican para nuestros programas de ayuda financiera no se les cobrará más por atención médicamente necesaria o de emergencia que la cantidad generalmente cobrada a pacientes que tienen seguro por servicios similares.

Programas de ayuda financiera

Nosotros ofrecemos dos programas de ayuda financiera: Asistencia caritativa y de descuento para personas sin seguro o con seguro insuficiente. Los pacientes elegibles para Asistencia caritativa recibirán atención médica gratuita o un 50% de descuento, basado en su nivel de ingreso. Los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente elegibles para el descuento recibirán un 42% de descuento. Para ser cubierto por uno de estos programas, usted tiene que cumplir con los criterios que se describen a continuación.

- **Asistencia caritativa**
 - Solo cubre la atención médicamente necesaria y de emergencia.
 - Las cuentas de pacientes fallecidos que no se tiene conocimiento de sucesión y no tiene cónyuge sobreviviente, serán determinadas incobrables y elegibles para Asistencia caritativa sin que sea completada la solicitud.

- Los pacientes sin seguro necesitan solicitar Medical Assistance (asistencia médica) y suministrar prueba de elegibilidad o denegación.
- Los pacientes asegurados necesitan arreglar con la compañía de seguros responsable por pagar por la atención para que se hagan todos los pagos del seguro. Los solicitantes deben cooperar con las reglas de su póliza de seguro, la cual incluye el responder a todas las indagaciones dentro de los plazos fijados por su compañía de seguros.
- Los bienes personales deben ser menores de \$20,000.
- Una solicitud de ayuda financiera, incluyendo la documentación que la sustenta debe ser completada y aprobada.
- El ingreso anual del hogar debe estar dentro de los niveles de ingreso mostrados en el siguiente cuadro, como el porcentaje del índice federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés).

Pautas de elegibilidad de nivel de ingresos para el Programa de asistencia caritativa			
		Atención gratuita si el ingreso no supera	50% de descuento si el ingreso no supera
Tamaño de la familia	Ingreso bruto anual 100% FPL	Ingreso bruto anual 200% FPL	Ingreso bruto anual 400% FPL
1	\$12,140	\$24,280	\$48,560
2	\$16,460	\$32,920	\$65,840
3	\$20,780	\$41,560	\$83,120
4	\$25,100	\$50,200	\$100,400
5	\$29,420	\$58,840	\$117,680
6	\$33,740	\$67,480	\$134,960
7	\$38,060	\$76,120	\$152,240
8	\$42,380	\$84,760	\$169,520
*	\$4,320	\$8,640	\$17,280
*Para familias u hogares con más de 8 personas, añada \$4,320.00 and \$8,640.00 and \$17,280.00 respectivamente a los ingresos anuales listados arriba, por cada persona adicional.			

- **Descuento para las personas sin seguro o con seguro insuficiente**

- No se requiere presentar una solicitud.
- El paciente debe estar sin seguro o con seguro insuficiente.
- El paciente no califica para nuestro Programa de asistencia caritativa.
- Solo cubre la atención médicamente necesaria.
- Para los pacientes sin seguro, el descuento se aplica automáticamente a los cargos brutos y es reflejado en la cuenta.
- Los pacientes con seguro insuficiente deben informar a Hutchinson Health que ellos son elegibles para el descuento, y el descuento será aplicado.

Solicitud y pautas de ayuda financiera

Una copia gratuita de la Política de ayuda financiera de Hutchinson Health, la solicitud y las pautas que explican como completar la solicitud, las puede obtener en cualquiera de las fuentes listadas abajo. Esta información de las mismas fuentes también está disponible en español.

- Sitio web de Hutchinson Health – <https://hutchhealth.com/patients-visitors/billing-and-insurance/>
- Por teléfono – Contacte a un representante financiero del paciente de Hutchinson Health, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. – 4:30 p.m., al 320-484-4493 o al 800-454-3903 para solicitar que se le envíe una copia por correo a su casa o para recogerla en la oficina.
- Por correo – Solicite por escrito a la siguiente dirección, a un representante financiero del paciente que le envíe una copia por correo o recogerla:
Hutchinson Health
Attn: Patient Financial Advocate
1095 Highway 15 South
Hutchinson, MN 55350
- En persona en cualquiera de las siguientes ubicaciones:

Hutchinson Health Hospital Main Entrance or ER Registration Desk 1095 Highway 15 South Hutchinson, MN 55350	Hutchinson Health Clinic Check-In Desk and Patient Financial Advocate Offices 3 Century Ave SE Hutchinson, MN 55350
Hutchinson Health Mental Health Clinic Check-In Desk 1071 Highway 15 South Hutchinson, MN 55350	Hutchinson Health Orthopaedic & Rehabilitation Clinic Check-In Desk 1029 Highway 15 South Hutchinson, MN 55350
Hutchinson Health Dassel Clinic Check-In Desk 460 5th Street North Dassel, MN 55325	Hutchinson Health Cancer Clinic Check-In Desk 3 Century Ave SE Hutchinson, MN 55350

Preguntas adicionales

Si tiene alguna pregunta que no ha sido contestada por las fuentes señaladas arriba, por favor contacte a uno de nuestros representantes financieros del paciente al 320-484-4493 o al 800-454-3903 y uno de ellos le ayudará con gusto a encontrar una respuesta.

DEFINICIONES:

Ninguna.

REFERENCIAS:

Ninguna.

DOCUMENTOS ADJUNTOS:

[PFS Charity Care Application and Instructions Form 4246](#) (Solicitud e instrucciones de Asistencia Caritativa-Formulario 4246)

[PFS Charity Care Application and Instructions - Spanish Form 4247](#)– (Solicitud e Instrucciones de Asistencia Caritativa-Formulario 4247) (español)

[PFS Billing and Collection Policy](#) (Política de Facturación y Cobranza)

[PFS Billing and Collection Policy \(Spanish\)](#)- (Política de Facturación y Cobranza) (español)

[PFS Financial Assistance Policy \(FAP\)](#)- (Política de Ayuda Financiera)

[PFS Financial Assistance Policy \(FAP\) \(Spanish\)](#)- (Política de Ayuda Financiera (español))

[PFS Financial Assistance Policy \(FAP\) - Plain Language Summary](#) (Política de Ayuda Financiera -Resumen en términos sencillos)