



Origination 7/22/2025
Approved 3/2/2026
Effective 3/2/2026
Last Reviewed 7/22/2025
Due For Review 3/2/2027

Owner Shannon Hartke:
Director, Revenue
Cycle
Area Patient Intake-
Other Languages
Applicability Harrisburg
Medical Center

Programa de Asistencia Médica y Presuntiva, HB-PI-092

Aplica a:

Registro de Pacientes

I. POLÍTICA

De acuerdo con la misión, visión, valores y plan estratégico del Centro Médico Harrisburg (HMC), HMC cree que tiene la responsabilidad de satisfacer las necesidades financieras de los pacientes y la comunidad a la que sirve que no tienen la capacidad de pagar por los servicios médicos. Esta política proporciona orientación para cumplir con esta responsabilidad. HMC no discrimina en la prestación de servicios a un individuo basándose en su raza, color, sexo, origen nacional, discapacidad, religión, edad u orientación sexual.

II. DEFINICIONES

ABE: Solicitud de Elegibilidad de Beneficios.

ABN: Avisos de Beneficiario Avanzado.

AGB: montos facturados por atención de emergencia o médicamente necesaria a individuos que tienen cobertura de seguro.

Asignación de Beneficios: Lenguaje presente en una tarjeta de seguro que indica que al aceptar el plan de seguro como pago al momento del servicio, estamos aceptando todos los términos del plan de seguro y aceptamos cualquier reembolso que determinen como aceptable.

Período de Solicitud: Un individuo puede solicitar Asistencia Médica completando la Solicitud del Programa de Asistencia Médica antes del servicio o desde la fecha del servicio hasta el día 240 después

de la primera facturación al garante. Esto se conoce como el Período de Solicitud.

Factura: HMC utiliza correos de datos y estados de cuenta detallados para informar a los pacientes sobre el estado de su cuenta; para los propósitos de esta política, estos elementos no se consideran una factura.

Unión civil: una relación legal entre 2 personas del mismo o diferente sexo, establecida conforme a la Ley de Protección de la Libertad Religiosa y Unión Civil de Illinois.

Servicios cubiertos: emergentes o médicamente necesarios.

ECA: Acciones Extraordinarias de Cobro.

Epic: Registro Médico Electrónico utilizado para facturar o hacer seguimiento de las cuentas de pacientes y escanear información recibida o impresa en nombre de un paciente.

Pautas Federales de Pobreza: Las Pautas Federales de Pobreza publicadas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

FPL: Nivel Federal de Pobreza.

Consejero Financiero: Empleado de HMC que ayuda a los pacientes con la resolución de su responsabilidad financiera, incluida la Asistencia Médica.

Indigente Financiero: una persona sin seguro o con seguro insuficiente que no tiene la capacidad de pagar por los servicios prestados.

Cuenta HAP ADD-ON: se refiere a cuentas que se identifican mientras una solicitud HAP está en proceso de revisión, la solicitud original ha sido aprobada definitivamente y las cuentas no estaban en la hoja de trabajo HAP original.

HMC: Centro Médico Harrisburg.

Solicitud de Asistencia Médica: una solicitud que permite la recopilación de información para la consideración de Asistencia Médica (ver Ejemplos 01-05).

Programa de Asistencia Médica (HAP): asistencia financiera proporcionada a pacientes de SIH que cumplen con los criterios de Indigente Financiero, Indigente Médico o la Ley de Descuento para Pacientes sin Seguro Hospitalario.

Planes Healthshare: Organizaciones de compartición de costos médicos donde los miembros hacen pagos mensuales a un fondo común. Cuando un miembro incurre en un gasto médico calificado, el reclamo se reembolsa del fondo. Los planes Healthshare NO son seguros y no están regulados por las regulaciones estatales o federales de seguros.

Persona sin hogar: individuo que no tiene un lugar estable y a largo plazo para quedarse, carece de una residencia nocturna fija, regular y adecuada o reside en un refugio para personas sin hogar.

Sistema de Información Hospitalaria: software relacionado con computadoras utilizado para registrar o escanear información recibida o impresa en nombre de un paciente.

Ley de Descuento para Pacientes sin Seguro Hospitalario: SIH HMC tiene hospitales rurales y de acceso crítico que están obligados a proporcionar descuentos para residentes de Illinois sin seguro con ingresos familiares menores al 300% del FPL; el descuento es del 100% menos el 135% del costo utilizando la relación de costo a cargos de la hoja de trabajo C, Parte I del informe de costos más reciente presentado.

Residente de Illinois: una persona que vive en Illinois y tiene la intención de permanecer viviendo en Illinois indefinidamente.

JCHD: Departamento de Salud del Condado de Jackson.

Judicci: un programa utilizado para buscar información pertinente sobre reclamos de bienes.

Medi: un sistema de Elegibilidad de Medicaid.

Elegible para Medicaid: una persona que se considera elegible para beneficios médicos según lo determinado por el Sistema de Gestión Médica del estado de Illinois y evidenciado por un Número de Identificación del Beneficiario (RIN).

Indigente Médico: se refiere a un paciente cuya factura hospitalaria(s), después de aplicar los criterios de Indigente Financiero, excede un porcentaje específico de los ingresos anuales del paciente y que no está obligado a pagar el saldo restante de su(s) factura(s).

Necesidad Médica/Medicamento Necesario: servicios proporcionados que son razonables y necesarios.

Programa de Ahorros de Medicare: Programas de Medicare para ayudar a personas con ingresos limitados a cubrir sus costos de atención médica. Los Programas de Ahorros de Medicare solo aplican a beneficiarios calificados de Medicare Original con cobertura de Parte A y Parte B y no aplican a beneficiarios de Medicare Advantage o Medicare HMO. Los Programas de Ahorros de Medicare incluyen los siguientes programas: 1) Individuos Calificados (QI) para cubrir las primas de la Parte B, 2) Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) para cubrir los deducibles de la Parte A y Parte B, primas de la Parte B, coseguros y copagos, 3) Individuos Calificados Discapacitados y Trabajadores (QDWI) para cubrir las primas de la Parte A, y 4) Beneficiarios de Medicare de Bajos Ingresos Especificados (SLMB) para cubrir las primas de la Parte B.

MyChart: Portal Seguro en Línea para Pacientes

Noventa (90) Días: el número de días en que un paciente no será facturado o su cuenta será enviada a Deuda Incobrable/Cobranza.

Parte de una unión civil: una persona que ha establecido una unión civil conforme a la Ley de Protección de la Libertad Religiosa y Unión Civil de Illinois; parte de una unión civil significa, y está incluido en cualquier definición o uso de los términos cónyuge, familia, familia inmediata, dependiente, pariente más cercano y otros términos que denoten la relación conyugal.

PFS: Servicios Financieros para Pacientes.

Representante de PFS: Empleado de SIH HMC que trabaja en el Departamento de PFS y obtiene la documentación requerida para procesar la Elegibilidad Presuntiva.

Elegibilidad Presuntiva: el criterio utilizado para considerar a un paciente elegible para asistencia financiera basado en las pautas establecidas en esta política.

Propensión a Pagar: programa utilizado para obtener resultados de evaluación de asistencia financiera que incluye el tamaño familiar de una persona, puntaje de propensión a pagar y otra información financiera que se utiliza para determinar la elegibilidad presuntiva.

Escrutinio: para los propósitos de esta política, escrutinio significa que no se requiere una Solicitud de Asistencia Médica completada.

SIH: Southern Illinois Healthcare.

Ingreso anual total: la suma del ingreso bruto anual.

Paciente sin seguro: un paciente de un hospital que no está cubierto por una póliza de seguro de salud y no es beneficiario de un programa de seguro de salud público o privado, beneficio de salud u otro programa de cobertura de salud, incluyendo planes de seguro de salud con deducible alto, compensación laboral, seguro de responsabilidad por accidente u otra responsabilidad de terceros.

III. RESPONSABILIDADES

1. Todo el personal debe seguir las pautas establecidas dentro de esta política con respecto a la finalización y el procesamiento de todos los procedimientos de asistencia médica.

IV. EQUIPO/MATERIALES

1. Sistema de Información Hospitalaria.

V. PROCEDIMIENTO

1. Una parte de una unión civil tiene derecho a las mismas obligaciones legales, responsabilidades, protecciones y beneficios que se otorgan o reconocen por la ley de Illinois a los cónyuges, ya sea que deriven de estatutos, reglas administrativas, políticas, derecho común o cualquier fuente de derecho civil o penal.
2. Compromiso de Proporcionar Atención Médica de Emergencia
 1. HMC proporciona, sin discriminación, atención para condiciones médicas de emergencia a individuos independientemente de si son elegibles para asistencia bajo esta política HAP.
 - A. El hospital HMC no participará en acciones que desalienten a los individuos de buscar atención médica de emergencia, como exigir que los pacientes del departamento de emergencias paguen antes de recibir tratamiento por condiciones médicas de emergencia o permitir actividades de cobro de deudas que interfieran con la provisión, sin discriminación, de atención médica de emergencia.
 - B. Los servicios médicos de emergencia, incluidas las transferencias de emergencia, conforme a EMTALA, se proporcionan a todos los pacientes de HMC de manera no discriminatoria, de acuerdo con la política EMTALA

respectiva de cada hospital.

3. Servicios Elegibles para HAP

1. Esta política HAP aplica a todas las emergencias y otra atención médicamente necesaria proporcionada por los hospitales SIH HMC enumerados a continuación, así como a ciertos otros proveedores que brindan atención de emergencia o médicamente necesaria en las instalaciones de SIH HMC.
 - A. Los anexos a esta política incluyen una lista de todos los proveedores, además del propio HMC, que brindan atención de emergencia o médicamente necesaria en los hospitales HMC y especifica qué proveedores están cubiertos por esta política y cuáles no están cubiertos.
 1. Listado Actual de Proveedores de HMC
 2. Proveedores de HMC que No Están Afiliados a HMC
 3. Las listas de proveedores se pueden encontrar en www.sih.net
 - B. Las listas de proveedores se actualizan trimestralmente.
2. Esta política HAP aplica a:

A. Centro Médico Harrisburg, 100 Dr Warren Tuttle Dr, Harrisburg, IL 62946, (618)253-7671

4. Criterios de Elegibilidad para HAP

1. El Programa de Asistencia Médica aplica a aquellos pacientes que residen en Illinois o tienen una licencia de conducir de visitante temporal al momento de la prestación de los servicios.
2. Indigente Financiero
 - A. HMC clasifica como Indigente Financiero a todos los pacientes cuyos ingresos son menores o iguales al 200% de las Pautas Federales de Pobreza, lo que resulta en un 100% de asistencia financiera.
 - B. Se proporciona Asistencia Financiera Parcial en una escala móvil para aquellos pacientes cuyos ingresos son hasta seis veces (600%) las Pautas Federales de Pobreza.
 - C. HMC utiliza las Pautas Federales de Pobreza publicadas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
3. Indigente Médico
 - A. Para ser considerado para la clasificación como paciente Indigente Médico, el monto adeudado después de aplicar el ajuste de Indigente Financiero no debe exceder el 20% de los ingresos anuales del paciente.
 - B. Los pacientes clasificados como Indigente Médico son responsables del pago esperado de Medicare, reducido aún más por el porcentaje de ajuste de Indigente Financiero.
4. Las solicitudes para pacientes que se han registrado como pago por cuenta propia debido al lenguaje de asignación de beneficios en la tarjeta y/o identificados con un

plan de salud compartido/Medishare no tradicional se procesarán normalmente. Las cuentas serán enviadas a una cola de trabajo para que los consejeros financieros las aprueben o denieguen individualmente según el pago y la documentación recibida.

5. HMC no cobrará más del 20% de los ingresos anuales de un paciente en un año determinado.
6. Ley de Descuento para Pacientes sin Seguro Hospitalario:
 - A. Pacientes sin seguro con ingresos anuales menores o iguales al 300% del FPL. Según la Ley, sus facturas hospitalarias tienen un descuento del 100% menos el 135% del Costo.
7. Medicaid fuera del estado
 - A. Pacientes elegibles para Medicaid con cobertura fuera del estado en la que los hospitales HMC no están inscritos.
8. Reserva de Derechos:
 - A. HMC se reserva el derecho de limitar o denegar la asistencia financiera a su exclusivo criterio.
 - B. La Asistencia Financiera puede aplicarse a pacientes sin seguro, así como a la responsabilidad del paciente para pacientes con seguro, incluyendo cargos determinados sin seguro para la estadía hospitalaria, coseguros, copagos, deducibles y otras responsabilidades por servicios hospitalarios médicamente necesarios, siempre que el paciente cumpla con las pautas del FPL mencionadas anteriormente.
 - C. Las quejas o inquietudes con el proceso de solicitud de descuento para pacientes sin seguro o el proceso de asistencia financiera hospitalaria pueden ser reportadas a la Oficina de Atención Médica del Fiscal General de Illinois en www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf o llamando al 1-877-305-5145

5. Elegibilidad Presuntiva

1. HMC es responsable y depende de una fuerte cooperación con el paciente para aplicar la Elegibilidad Presuntiva a un paciente sin seguro lo antes posible después de recibir los servicios hospitalarios y antes de emitir una factura por dichos servicios hospitalarios.
2. El personal designado sigue las pautas establecidas en esta política con respecto a la finalización y el procesamiento de todos los procedimientos de Elegibilidad Presuntiva.
3. HMC se reserva el derecho de proporcionar Asistencia de Elegibilidad Presuntiva y utiliza los siguientes criterios para determinar si un paciente es elegible sin más escrutinio por parte del hospital:
 - A. Personas sin hogar
 - B. Paciente fallecido sin patrimonio
 - C. Bancarrota

- D. Menor emancipado
 - E. Personas incapacitadas mentalmente sin nadie que actúe en su nombre
 - F. Pacientes elegibles para Medicaid, pero no en la fecha del servicio o para un servicio no cubierto
 - G. Los pacientes que reciben los siguientes servicios califican automáticamente para un 100% de asistencia sin solicitud:
 - 1. Pacientes de Medicaid con responsabilidad de gasto descendente (responsabilidad del paciente)
 - 2. Pacientes de Medicaid con cobertura secundaria a Medicare que reciben servicios que requieren un Aviso de Beneficiario Avanzado (ABN)
 - 3. Pacientes determinados como calificados para Medicaid después de los 180 días de presentación oportuna
 - 4. Pacientes con cobertura primaria de Medicaid que reciben venopunción
 - 5. Pacientes con cobertura de Medicaid en la fecha del servicio pero no cubiertos en las fechas de servicio a partir del primer día del mes anterior hasta la fecha del servicio
 - 6. Pacientes de Medicaid con Copagos de Inmigrante de Medicaid
 - H. Los pacientes que eligen procedimientos cosméticos electivos no están cubiertos bajo la Elegibilidad Presuntiva.
 - 1. Los servicios electivos y/o considerados no médicamente necesarios pueden no ser elegibles para consideración de asistencia financiera
 - I. Residente de un refugio sin cobertura de seguro
 - J. Aseguradoras insolventes bajo una orden estatal de cese y desista
 - K. Víctimas de Ayuda por Desastre en los dieciséis (16) condados del sur según lo determine la Gerencia.
 - L. Servicios prestados a través de clínicas médicas gratuitas o agencias que han agotado subvenciones patrocinadas por el gobierno, como JCHD-VIH
 - M. Individuos encarcelados en prisión federal en los que se han agotado todos los esfuerzos para cualquier responsabilidad de terceros en los que el paciente tiene un monto restante a su cargo y no tiene recursos monetarios disponibles
 - N. Pacientes elegibles para Programas de Ahorros de Medicare en la fecha del servicio
- 4. Las cuentas investigadas y aprobadas para Elegibilidad Presuntiva se ajustan al 100% según los niveles de autoridad
 - 5. Las cuentas presuntivas se revisan para su aprobación a través de Propensión a

Pagar.

6. Los servicios no cubiertos y denegados proporcionados a beneficiarios elegibles para Medicaid se consideran una forma de atención caritativa. Los beneficiarios de Medicaid no son responsables de ninguna forma de responsabilidad financiera del paciente, excepto sus obligaciones de participación en los costos, y todos los cargos relacionados con servicios no cubiertos, incluidas todas las denegaciones, son atención caritativa. Los ejemplos pueden incluir, pero no se limitan a:
 - A. Servicios proporcionados a beneficiarios de Medicaid con Medicaid restringido (es decir, pacientes que solo pueden tener beneficios de embarazo o emergencia pero reciben otra atención hospitalaria).
 - B. Denegaciones de Medicaid u otros programas de atención para indigentes.
 - C. Cargos relacionados con días que exceden un límite de estadía prolongada.
 - D. Reclamos de Medicaid (incluidos reclamos de Medicaid fuera del estado) con "sin pago".
 - E. Servicio(s) médicamente necesario(s) proporcionado(s) a un paciente elegible para Medicaid sin cobertura y sin pago.

6. Proceso de Solicitud HAP

1. Un individuo puede solicitar Asistencia Médica durante el Período de Solicitud para servicios que sean médicamente necesarios.
2. HMC solicita a cada paciente que solicite asistencia financiera y complete una solicitud HAP (Ver Ejemplos 01-05)
 - a. Las cuentas se consideran para Asistencia Médica después de una investigación exhaustiva de otras fuentes de financiamiento que indiquen que no hay cobertura (por ejemplo, Medicaid niega la cobertura, etc.)
 1. La falta de un formulario de reclamo completado o la falta de cooperación del paciente no se considera una denegación válida.
 - b. Cuentas que no pueden ser consideradas para el programa HAP:
 1. Servicios que se consideran electivos, cosméticos, con precios a niveles minoristas o considerados no médicamente necesarios.
 2. Cuentas donde el tratamiento proporcionado está relacionado con o es objeto de litigio, acuerdo, adjudicación o cualquier otro tipo de acción legal.
 3. Cuentas que no han agotado otras vías de pago.
 4. Cuentas mayores a 12 meses desde la fecha en que la solicitud fue firmada y fechada.
 5. HMC se reserva el derecho a solicitar que el solicitante persiga ABE.

- c. Las solicitudes HAP pueden usarse en cuentas elegibles durante tres (3) meses anteriores a la fecha en que la solicitud fue firmada y fechada.
3. La instalación de HMC (Centro Médico Harrisburg) acepta una copia de la Solicitud HAP del Grupo Médico SIH. Se realiza una revisión exhaustiva.
 - A. HMC tiene el derecho de solicitar información adicional cuando sea necesario.
 - B. Los ajustes HAP otorgados por las instalaciones de SIH (Hospital Memorial de Carbondale, Hospital Herrin y Hospital Memorial St Joseph) pueden ser honrados bajo esta política. Se realiza una revisión exhaustiva.
4. Las solicitudes son proporcionadas por Consejeros Financieros, Representantes de Cuentas de Pacientes y otro personal designado a través de MyChart o en el sitio web www.sih.net sin costo.
5. Miembros de la Familia Inmediata:
 - A. El número de personas en el hogar de un paciente adulto incluye al paciente, su cónyuge y cualquier dependiente.
 - B. El número de personas en el hogar de un paciente menor incluye al paciente, la madre del paciente y cualquier dependiente de la madre del paciente, y el padre del paciente y cualquier dependiente del padre del paciente.
 - C. Cualquier persona incluida en la declaración de impuestos como dependiente se considera parte de la familia inmediata.
6. Para la Determinación Final, HMC puede:
 - A. Utilizar información mensual de gastos y activos para la determinación final.
 - B. Solicitar y revisar información anual de ingresos, activos y gastos caso por caso.
 - C. Considerar el grado en que la persona tiene activos distintos de los ingresos que podrían usarse para cumplir con su obligación financiera.
 - D. Solicitar información adicional tras la revisión de la Solicitud de Asistencia Médica.
 - E. La asistencia financiera no se negará bajo HAP basándose en la falta de provisión de información o documentación no requerida por la política HAP del hospital o la solicitud HAP.
 - F. No se requiere un número de seguro social, pero ayudará en el procesamiento de la solicitud.
7. Verificación de Ingresos
 - A. HMC solicita que el paciente verifique los ingresos establecidos en la Solicitud de Asistencia Médica.
 - B. Documentación que Verifica los Ingresos:

1. Los ingresos se verifican a través de cualquiera de los siguientes:
 - a. Formulario W-2 del IRS y Estado de Ganancias
 - b. Remesa de Pago
 - c. Declaraciones de Impuestos
 - i. HAP no se considera hasta que todas las declaraciones de impuestos estén completas y presentadas, a menos que la documentación suficiente respalde los ingresos verificados o indique que no hay declaración de impuestos.
 - ii. Si los solicitantes no tienen copias de sus declaraciones de impuestos, se les pide que contacten al IRS para obtener copias.
 - iii. En caso de que se reciba una solicitud en enero, febrero o marzo y no se haya presentado una declaración de impuestos, se aceptará la declaración de impuestos del año anterior.
 - iv. Para solicitudes recibidas de abril a diciembre, se requiere una declaración de impuestos del año en curso.
 - d. Ingresos del Seguro Social o carta
 - e. Cartas de Determinación de Compensación Laboral o Desempleo
 - f. Verificación telefónica por parte del empleador de los ingresos brutos anuales del paciente.
 - g. Formularios de salario de empleados o estados de cuenta bancarios.

8. Documentación No Disponible:

- A. Verificar los ingresos cuando el paciente no pueda proporcionar documentación:
 1. El paciente firma una Solicitud de Asistencia Médica que atestigua la exactitud de la información de ingresos proporcionada.
 2. El paciente firma una Solicitud de Asistencia Médica que atestigua que no hay demandas legales pendientes para ninguna cuenta en la que se solicita asistencia.
 3. Se requiere una explicación que indique la razón por la cual el paciente no puede proporcionar la documentación solicitada que verifica los ingresos o cómo los gastos mensuales exceden

los ingresos mensuales enumerados y/o cómo se están pagando los gastos (Ver Ejemplo 03).

9. Falsificación de Información:
 - A. La falsificación de información puede resultar en denegación.
 - B. La asistencia financiera se retira después de que se otorga asistencia financiera a un paciente y se descubre que la información proporcionada es falsa.
10. Retención de Documentos:
 - A. HMC mantiene la Solicitud del Programa de Asistencia Médica por un período de siete (7) años a partir de la fecha de la solicitud.
11. Si se determina que el paciente no es elegible para HAP, se notifica al paciente por carta la razón de la denegación (Ver Ejemplo 06).

7. Medidas para Publicitar Ampliamente la Política HAP

1. Notificación al paciente del Programa de Asistencia Médica:
 - A. Los avisos de Asistencia Financiera se colocan en todos los departamentos que registran pacientes.
 - B. HMC publica letreros sobre la disponibilidad de asistencia financiera.
2. El sitio web de HMC publica un aviso de asistencia financiera a través del Programa de Asistencia Médica y las solicitudes.
3. Las solicitudes electrónicas también están disponibles en MyChart al iniciar sesión y seleccionar Facturación y luego Asistencia Financiera.
4. La información sobre HAP está disponible en todas las oficinas de Admisión de Pacientes y en otros lugares públicos dentro del hospital a solicitud sin cargo.
5. Los registradores informan a todos los pacientes sobre el Programa de Asistencia Médica y ofrecen un resumen en lenguaje sencillo.

8. Base para Calcular los Montos Cobrados a los Pacientes

1. El Centro Médico Harrisburg utiliza el método de retroceso para determinar los Montos Generalmente Facturados o AGB.
2. El porcentaje AGB se basa en un descuento agregado de los cargos establecidos, aplicado a nuestra combinación actual de servicios para pacientes, según acuerdos con CMS y otros pagadores de terceros.
3. El público obtiene información sobre los AGB por escrito y sin costo comunicándose con el Director de Finanzas de SIH al 618-457-5200 ext. 67200.
4. Un individuo elegible para HAP no será cobrado más por atención de emergencia o médicamente necesaria que los montos facturados a individuos que tienen seguro que cubre dicha atención.
5. HMC no factura ni espera el pago de cargos totales/brutos de individuos que califican para asistencia financiera bajo esta política.

6. HMC factura saldos cuando se aprueba menos del 100%.
9. Base para Calcular los Montos Reembolsados a Pacientes sin Seguro.
 1. Las cuentas se consideran para reembolsos bajo la Ley de Descuento para Pacientes sin Seguro Hospitalario de Illinois.
 2. HMC reembolsa los pagos de pacientes con HAP aprobados al 100% o pagos que exceden la responsabilidad del paciente y aprobados a menos del 100%.
 - A. Ejemplo:
 1. El paciente realiza un pago de \$100.00
 2. La responsabilidad del paciente es \$100.00
 3. El paciente es aprobado para 70% HAP
 4. Se emite un reembolso de \$30.00 al paciente
 - B. Los pacientes con aprobación del 100% a partir del 17 de septiembre de 2023 son revisados para reembolso.
10. Acciones Tomadas en Caso de No Pago
 1. Las acciones que HMC puede tomar en caso de no pago se describen en una política separada de Facturación y Cobranza.
 - A. Los miembros del público pueden obtener una copia gratuita de esta política separada en www.sih.net o del departamento de PFS de HMC contactando al 1-800-457-1393.
11. Misceláneos:
 1. Sin Efecto en Otras Políticas del Hospital:
 - A. Esta política de Asistencia Médica no altera ni modifica otras políticas con respecto a los esfuerzos para obtener pagos de pagadores de terceros, transferencias de pacientes o atención de emergencia.
 2. Modificación a esta política debe ser aprobada por:
 - A. El Director Corporativo de Servicios Financieros para Pacientes, el Director Financiero, el Director Ejecutivo y la Junta Directiva.

VI. DOCUMENTACIÓN

1. Consulte los Ejemplos 02, 03, 04 y 17 para la documentación que debe proporcionar el paciente.
2. Consulte los Ejemplos 01, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 16 para los documentos que deben completarse por el Representante de SIH HMC.

VII. CARGOS

N/A

VIII. REEMPLAZA

N/A

Attachments

- [Example 01 - Healthcare Assistance Program Application Instructions](#)
- [Example 02 - Healthcare Assistance Program Application](#)
- [Example 03 - Additional Information](#)
- [Example 04 - Employee Wage Form](#)
- [Example 05 - Discount Schedule for Applicants Applying for Healthcare Assistance](#)
- [Example 06 - Healthcare Assistance Program Denial Letter](#)
- [Example 07 - Healthcare Assistance Program Approval Letter 70](#)
- [Example 08 - Healthcare Assistance Program Approval Letter 80](#)
- [Example 09 - Healthcare Assistance Program Approval Letter 90](#)
- [Example 10 - Healthcare Assistance Program Approval Letter 100](#)
- [Example 11 - Healthcare Assistance Program Missing Information Letter](#)
- [Example 12 - Healthcare Assistance Program Eligibility Notification Form](#)
- [Example 13 - Healthcare Assistance Program Healthshare 100](#)
- [Example 14 - Healthcare Assistance Program Healthshare Assign Benefits 90](#)
- [Example 15 - Healthcare Assistance Program Healthshare Assign Benefits 80](#)
- [Example 16 - Healthcare Assistance Program Healthshare Assign Benefits 70](#)
- [Example 17 - Healthcare Assistance Program Letter of Support.docx](#)
- [Example 18 - Self Employment Interim Financial Statement.docx](#)

Approval Signatures

Step Description	Approver	Date
	Andrew Ziramba: Regulatory Coordinator	3/2/2026

Shannon Hartke: Director, Revenue Cycle	3/2/2026
Jennifer Durham	3/2/2026
Jackie Austin: Director, Patient Access/Outpatient	3/2/2026
Brittini Hankins: Manager, Patient Access/HH and HMC	3/2/2026
Julie Gwaltney: Director, Patient Access	3/2/2026
Christine Lipe: Supervisor, Patient Accounts Operations	2/24/2026

Applicability

Harrisburg Medical Center

COPY