

Información de Asistencia Financiera

A partir del 1 de Enero 2016

De acuerdo con las regulaciones federales EMTALA y la ley estatal, el Hospital Regional Touchette evaluará a todos los pacientes de la sala de emergencia para condiciones médicas de emergencia, independientemente de la cobertura del seguro o la capacidad de los pacientes para pagar. Los pacientes que no tienen seguro que se presenten para servicios emergentes se proyectarán de inmediato (presunta) de elegibilidad y se les ofrecerá una aplicación financiera al momento del servicio. Si el paciente es incapaz de aceptar una solicitud en ese momento, una solicitud se enviará por correo a la dirección registrada para el paciente. La solicitud completa debe ser devuelta dentro los 90 días del servicio o la descarga de pacientes hospitalizados.

Los pacientes que no tienen cobertura médica, pero solicitan servicios hospitalarios que no sean de emergencia en el Hospital Regional Touchette serán revisados para su elegibilidad bajo la Política de Asistencia Financiera del Hospital, ya sea antes del servicio que se recibe o en el momento del servicio. Determinación se basará en los siguientes criterios:

- El paciente es un residente establecido del estado de Illinois o tiene una orden de un médico en el personal que tiene contrato con el Hospital Regional Touchette.
- El paciente cae bajo programas determinados como Presunta
- El paciente ha completado una aplicación y califica en base a los niveles de pobreza de la familia de la casa del paciente

La cantidad de asistencia financiera se concede dependiendo la situación financiera general del paciente y de las normas y regulaciones establecidas por el gobierno federal o del Estado de Illinois. Si una solicitud presentada no es clara o no proporciona suficiente información para Touchette para tomar una decisión para la asistencia, se le pedirá al paciente que proporcione más documentación y los servicios podrán ser suspendidos. Las solicitudes completas para la Asistencia Financiera serán revisadas y una decisión será tomada en un plazo máximo de 5 días hábiles.

A los pacientes que se presenten para servicios que no son de emergencia y que no califican para el 100% de asistencia financiera se les esperará pagar un costo estimado o depósito por el servicio antes de recibir el servicio que no sea emergente, de acuerdo con la Política de Pago del Hospital. Las estimaciones de los servicios se pueden solicitar de acuerdo con nuestra Política de Transparencia de Precios.

Los pacientes que han sido aprobados para la Asistencia Financiera tendrán que volver a solicitar cada año. Si el paciente recibe el seguro después de haber sido aprobado para Asistencia Financiera, el seguro del paciente será facturado por todos los servicios elegibles y el paciente va a ser retirado de la lista de aprobación para la asistencia más allá de la fecha de inicio del seguro.

Aplicaciones financieras ofrecidas por el Hospital Regional Touchette cubrirá los servicios facturados por el Hospital Regional Touchette. Puede haber honorarios médicos asociados con su visita y no puede ser elegible para asistencia financiera. Si alguna duda, el paciente debe preguntar a su médico si están cubiertos por la Política de Asistencia Financiera de Touchette. Una lista de proveedores se encuentra como Anexo a la política completa, que se puede encontrar visitando www.Touchette.org.

Los pacientes que optan por entrar en nuestro Programa Visión Nuevo o pacientes que han estado involucrados en un accidente de auto, compensación laboral, o otra causa legal para la visita no se les proporcionará Asistencia Financiera. Los pacientes con casos legales que se caen sin liquidación o pago pueden solicitar asistencia financiera para la consideración adicional.

Los pacientes que tienen seguro pero se quedan con un saldo superior a \$200 después de que su seguro ha pagado (por Explicación de Beneficios del paciente) pueden solicitar Asistencia Financiera para ayudar a cubrir los deducibles y / o copagos. Una solicitud completa debe ser recibida dentro de los 90 días del pago de seguros del paciente.

Las solicitudes podrán presentarse en persona por el Paciente Personal de Acceso en el área de Registro de Pacientes Ambulatorios, Servicio de Urgencias, o la Terapia Física en el Centro Médico Archview. Las solicitudes también se pueden descargar de nuestro sitio web en www.Touchette.org, enviadas por correo electrónico, por fax, o por correo a la paciente a petición. Asistencia Adicional, información y aplicaciones se pueden solicitar llamando Contabilidad del Paciente al (618) 482-7128 o por correo electrónico PatientAccounting@Touchette.org.

Política de Pago

A partir del 1 de Marzo 2009 / Revisado 2015

Servicios Ambulatorios Electivos

Los pacientes que presentan para estos servicios serán responsables el día de visita a pagar, ya sea su **seguro de co-pago** o **el depósito del hospital no reembolsable** que figuran a continuación si no se clasificó para la Asistencia Financiera 100%. Siempre que sea posible, los pacientes serán pre-informados de sus obligaciones antes de presentar.

Importante:

Cualquier co-pago o depósito no reembolsable del hospital no constituye el pago total. La facturación final de los gastos restantes se enviará por correo a cada paciente y / o la parte responsable del pago. Servicios para pacientes ambulatorios pueden posponerse si los requisitos de pago no se pueden cumplir y no se identifican como una orden estadística.

Servicios Auxiliares No programados:	\$15 por servicio
Servicios Recurrentes Programados:	\$15 por servicio
Servicios Auxiliares Pre-Cirugía:	No se requiere depósito

Servicios Auxiliares programados:

Cardio / EKG	\$25
Cardio / Echo	\$150
Cardio / Estrés	\$100

Radiología / Rayos-X	\$30
Radiología / CT	\$100
Radiología / Ultrasonidos	\$40
Radiología / RM	\$450
Radiología / Mamografías	\$30

Cirugía (según determinado por su médico):

Intensivo	\$240 y \$300 Anestesiólogo
Moderado	\$120 y \$200 Anestesiólogo
Baja	\$100 y \$100 Anestesiólogo
Muy baja (Ámbitos)	\$75

Servicios Especiales:

Programa Nueva Visión	\$2,500
Procedimientos Cosméticos	7% de los cargos brutos Estimados

Departamento de Servicios de Emergencia

Los servicios de prestaran antes de la solicitud de pago. Después de que el servicio haiga sido brindado, los pacientes pueden ser solicitados para para proporcionar su co-pago o un deposito sobre los servicios prestados si no califican para Asistencia Financiera. También se le puede pedir establecer un acuerdo de pago al paciente para una fecha futura.

Sala de Emergencia:	\$100 por visita
---------------------	------------------



Apply Patient Label Here

APLICACION PARA ASISTENCIA FINANCIERA DEL HOSPITAL

PARTE DEMOGRAFICA:

APELLIDO NOMBRE

NUMERO DE SEGURO SOCIAL

(Si usted no tiene un numero de seguro social, esto no va afectar la posibilidad de recibir asistencia financiera, pero si ayudara al hospital a determinar si usted califica para algun programa de ayuda publica)

Direccion	Ciudad	Estado	Codigo postal	Numero de Telefono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo Electronico	<input type="text"/>	Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>	

DETENGASE! Si usted actualmente recibe asistencia de alguno de los siguientes programas y puede aportar copias RECIENTES en nombre de el aplicante o de el paciente, traiga una copia a la oficina de Registracion de pacientes externos de el Hospital Regional Touchette y usted no tendra que completar el resto de la aplicacion *(plan=Presunta Caridad)*

- | | |
|---|--|
| Mujer Saludable | Asistencia Temporaria para Familias Necesitadas(TANF) |
| WIC | Illinois Division de la Autoridad para el soporte de Renta y Casa |
| Illinois Programa de Desayuno y Almuerzo Gratuito | Programa para la Electricidad para Hogares de Bajos Recursos(LIHEAP) |
| Programa de asistencia suplemental de Nutricion(SNAP) | Bancarrota en los pasados 6 meses |

Tamano de la Familia/Seccion de Dependientes

Numeros de personas viviendo en la casa

Dependientes (viviendo en su Casa) Si necesita mas espacio por favor escriba en el reverso de esta hoja

Nombre	Fecha de Nacimiento o Edad	Relacion con usted
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Seccion de Ingresos:

Nombre del Empleador y ciudad:

Nombre del Empleador de su Conyugue y ciudad:

Si usted no esta empleado, como usted alcanza sus gastos de manutencion?

Incluya todo los recursos de ingreso incluyendo, pero no limitandose a ,salario, empleo propio, desempleo, discapacidad seguro social, pension, pension para sus ninos, y/u otras fuentes de ingreso

Recurso de Pagos	Cantidad	Frecuencia (por semana, cada 2 semanas, cada mes)
	\$	
	\$	
	\$	
	\$	
	\$	

Por favor Aportar pruebas de ingreso (Mas Reciente retorno de Impuestos, talones de pagos, facturas, etc)

Seccion de Certificacion:

Yo certifico que la informacion en esta aplicacion es verdadera y completa, Yo aplicare en cualquier estado por asistencia federal o local para ayudar a pagar por estos gastos medicos .Yo entiendo que la informacion dada puede se verificada por mis proveedores medicos y los autorizo para contactar cualquier tercera parte si es necesario para verificar la veracidad de la informacion aportada en esta aplicacion. Yo entiendo que si la informacion de arriba es falsa , cualquier asistencia financiera prestada para mi puede ser revertida y yo sere responsable por el pago de estos gastos medicos.

Firma de el Paciente (o Aplicante)

Fecha

IMPORTANTE:

USTED PODRIA RECIBIR CUIDADO GRATUITOS O DESCONTADOS

Completando esta aplicacion ayudara a el Hospital Regional Touchette a determinar si usted puede recibir cuidados o servicios descontados o algun otro programa publico que pueda ayudar a pagar por su cuidado de salud.

Por favor envie esta aplicacion a la oficina de Registracion de el Hospital Regional Touchette o a el Departamento de servicio a el Cliente dentro de los 60 dias despues que usted haya sido dado de alta o de su visita externa.

Usted tambien pude enviar su aplicacion y los documentos de soporte por correo o por fax a la siguiente direccion:

Correo: Touchette Regional Hospital
PO Box 185
East St Louis, IL 62202

PatientAccounts@touchette.org

Fax: (618) 482-7009