



# Resumen de la Política de Asistencia Financiera de HSS Palm Beach Ambulatory Surgery Center, LLC

El **HSS Palm Beach Ambulatory Surgery Center, LLC** cuenta con un Programa de Asistencia Financiera que ayuda a determinados pacientes con cobertura de seguros limitada o sin cobertura y que cumplen con ciertos requisitos. La Política cubre solo los servicios médicamente necesarios que proporcionan los médicos y otros empleados de **HSS Palm Beach Ambulatory Surgery Center, LLC**. La Política se aplicará en forma consistente, independientemente de la raza, color, credo, orientación sexual, origen étnico o condición de inmigrante.

## ELEGIBILIDAD

Para ser elegible para recibir Asistencia Financiera, las personas deben cumplir con los criterios financieros y los criterios de cobertura.

Para cumplir con los criterios financieros, su ingreso bruto anual no debe superar cuatro veces las Pautas de Pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Departamento de Salud de EE. UU. Para cumplir con los criterios de cobertura, usted debe ser un residente de EE. UU.

\* **HSS-Florida Physicians LLC** proporciona asistencia financiera en los mismos términos que **HSS Palm Beach Surgery Center, LLC**. Sin embargo, las determinaciones de elegibilidad y cobertura se toman de forma separada y pueden ser diferentes, lo que resulta en ser elegible para una entidad pero no para la otra.

## CÓMO APLICAR

Cualquier persona que solicite Asistencia Financiera debe diligenciar una solicitud. El solicitante debe proporcionar documentación que respalde el nivel actual de ingresos familiares, activos disponibles e información demográfica. Los documentos que prueban el nivel actual de ingresos pueden incluir comprobantes de pago o resúmenes de cuenta del Seguro Social o discapacidad. Si no puede proporcionar estos elementos, todavía puede aplicar. Todas las solicitudes, documentación de respaldo y comunicación serán tratadas de manera confidencial.

**HSS Palm Beach Ambulatory Surgery Center, LLC** usa las pautas de pobreza emitidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos del Departamento de Salud de EE. UU. para determinar la elegibilidad para recibir de asistencia financiera de un paciente. El monto del descuento varía según su ingreso y el tamaño de su familia. Los límites para los ingresos que se basan en cuatro veces las Pautas Federales de Pobreza de 2021 (las "FPL", por sus siglas en inglés) se indican a continuación.

Tamaño de la familia	Ingreso familiar anual	Ingreso familiar mensual	Ingreso familiar semanal
1	Hasta \$54,360	Hasta \$4,530	Hasta \$1,045
2	Hasta \$73,240	Hasta \$6,103	Hasta \$1,408
3	Hasta \$92,120	Hasta \$7,677	Hasta \$1,772
4	Hasta \$111,000	Hasta \$9,250	Hasta \$2,135
5	Hasta \$129,880	Hasta \$10,823	Hasta \$2,498
6	Hasta \$148,760	Hasta \$12,397	Hasta \$2,861
7	Hasta \$167,640	Hasta \$13,970	Hasta \$3,224
8	Hasta \$186,520	Hasta \$15,543	Hasta \$3,587

Se notificará al solicitante por escrito de la determinación dentro de los 30 días calendario de la recepción de una solicitud diligenciada. Puede ignorar cualquier factura mientras se esté considerando su solicitud para un descuento. Puede apelar nuestra determinación inicial de Asistencia Financiera – la política completa proporciona una descripción del proceso de apelación.

## **MONTO DE LA ASISTENCIA**

Si su ingreso está en o por debajo del 200% del FPL y no está asegurado, le proporcionaremos atención sin cargo. (Si está asegurado, su responsabilidad como paciente se reducirá a cero).

Para una persona cuyo ingreso esté entre el 201% y el 400% del FPL, **HSS Palm Beach Ambulatory Surgery Center, LLC** proporcionará un descuento del 50%.

El descuento se aplicará a la obligación del paciente, que para los pacientes no asegurados se basa en el monto que Medicare pagaría por el servicio. Para pacientes asegurados, el descuento se aplica al deducible y a la obligación de copago. En ningún caso un paciente que califique para Asistencia Financiera tendrá gastos de bolsillo para el cuidado correspondiente que exceda el monto que el Hospital facturaría en general según las tasas de Medicare.

## **DISPONIBILIDAD DE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Una copia de la Política de Asistencia Financiera y una solicitud están disponibles en [hss.edu/hss-florida-palm-beach-asc-financial-assistance](https://hss.edu/hss-florida-palm-beach-asc-financial-assistance).

Puede solicitar una copia de la Política de Asistencia Financiera y una solicitud por correo electrónico, teléfono, fax o en persona en:

HSS Palm Beach Ambulatory Surgery Center Financial Assistance Program  
300 Palm Beach Lake Boulevard  
West Palm Beach FL 33401-2711  
Teléfono: 561-725-4300  
Fax: 561-725-4310

Los materiales solicitados pueden ser enviados por correo sin cargo.

Para obtener más información acerca del Programa de Asistencia Financiera, o para obtener asistencia con el proceso de solicitud, puede hablar con un empleado de Asistencia Financiera con quien puede comunicarse a la dirección de contacto, número telefónico o ubicación que se indican más arriba. Es posible proporcionar traducción a idiomas extranjeros si se lo solicita. Las solicitudes diligenciadas deben enviarse al Programa de Asistencia Financiera a la dirección indicada más arriba.

La Política de Asistencia Financiera, la solicitud y este resumen también están disponibles en varios idiomas extranjeros. Es posible proporcionar traductores si se lo solicita.

Las personas que crean que no se ha aplicado la Política de conformidad con sus términos deben buscar la asistencia del **Departamento de Cumplimiento Corporativo y Auditoría Interna de HSS**.

Las quejas deben dirigirse al Vicepresidente, Director Ejecutivo de HSS Florida al 561. 657.4765 o a la línea de ayuda confidencial en temas de cumplimiento al 888. 651.6234.