

TÍTULO DE LA POLÍTICA: Política de Asistencia Financiera



I. Política:

Es política del hospital proporcionar atención médica necesaria sin costo o a costo reducido para pacientes que han demostrado no tener seguro, estar infra-asegurados o ser económicamente indigentes. Todos los pacientes serán tratados de manera justa y respetuosa, independientemente de su capacidad de pago. El hospital no discrimina a ninguna persona por motivos de raza, credo, color, origen nacional, discapacidad o edad.

II. Definiciones:

“Asistencia financiera” es la parte de los servicios de atención al paciente proporcionada por el hospital para la cual un tercero no es responsable y el paciente ha demostrado incapacidad de pago o califica para circunstancias especiales de asistencia caritativa.

La asistencia financiera no incluye deudas incobrables, concesiones contractuales o descuentos por pago directo. El término “medicamente necesario” se usa para definir que los servicios son necesarios para el tratamiento continuo de la condición del paciente y son urgentes.

“Paciente calificado financieramente” significa un paciente que cumple con ambos requisitos siguientes:

- Un paciente que no tiene seguro o que tiene altos costos médicos, o un paciente en circunstancias especiales, como se define aquí.
- Un paciente con un ingreso familiar que no excede el 400 por ciento del nivel federal de pobreza.

“Asistencia caritativa completa” es una condonación del 100% de los cargos no descontados del hospital para los servicios hospitalarios. La asistencia caritativa completa está disponible para pacientes:

- Cuyos ingresos familiares están en o por debajo del 200% de las pautas más recientes del nivel federal de pobreza y
- Que son pacientes de pago directo, como se define aquí.

“Paciente con altos costos médicos” significa una persona cuyos costos médicos en el hospital superan el 20% del ingreso familiar bruto y que no recibe una tarifa descontada del hospital como resultado de su cobertura de un tercero. Para estos fines, "altos costos médicos" significa cualquiera de los siguientes:

- Costos anuales de bolsillo incurridos por el individuo en el hospital que exceden el 20% del ingreso familiar del paciente en los últimos doce meses.
- Gastos médicos totales anuales documentados de bolsillo que superan el 30% del ingreso familiar del paciente en los últimos doce meses.

“Asistencia caritativa parcial” es una condonación parcial de los cargos no descontados del hospital para los servicios hospitalarios. La asistencia caritativa parcial está disponible para pacientes:

- Asistencia descontada al 135% del costo hospitalario para residentes de Illinois sin seguro con ingresos familiares de hasta el 600% del FPL en áreas urbanas y el 300% del FPL en áreas rurales.
- Que sean pacientes de pago directo, como se define aquí.
- Para pacientes cuyos ingresos familiares están entre el 201% y el 400% de las pautas de ingresos federales más recientes, el hospital limitará los pagos esperados, como se determina en la Tabla de Tarifas Reducidas que se describe aquí;

“Familia del paciente” significa lo siguiente:

- Para personas de 18 años o más: cónyuge, pareja de hecho e hijos dependientes menores de 21 años, vivan en el hogar o no.
- Para personas menores de 18 años: padre, parientes cuidadores y otros hijos menores de 21 años del padre o pariente cuidador.

“Paciente de pago directo” significa un paciente que no tiene cobertura de un tercero de una aseguradora de salud, plan de servicios de salud, Medicare o Medicaid, y cuya lesión no es una lesión compensable para fines de compensación laboral, seguro de automóvil u otro seguro, según lo determine y documente el hospital. Los pacientes de pago directo pueden incluir pacientes que reciben asistencia caritativa. Cuando corresponda, el término “paciente de pago directo” también puede referirse al representante o garante del paciente.

“Asistencia caritativa en circunstancias especiales” se refiere a pacientes de pago directo que no pueden seguir los procedimientos específicos del hospital para recibir una condonación completa o parcial de los cargos no descontados del hospital por los servicios y que reciben la aprobación del Director de Servicios al Paciente, o su designado. La asistencia caritativa en circunstancias especiales puede considerarse como elegibilidad presuntiva para la asistencia caritativa y no requiere que se tenga un formulario de solicitud de asistencia caritativa en el archivo. El hospital debe documentar la decisión, incluidas las razones por las cuales el paciente no siguió el proceso regular de asistencia caritativa.

La siguiente es una lista no exhaustiva de algunas situaciones que pueden calificar como asistencia caritativa en circunstancias especiales:

- Bancarrota: pacientes de pago directo que están en bancarrota;
- Pacientes sin hogar: pacientes de pago directo de la sala de emergencias, si el paciente no tiene una dirección postal y/o residencia.
- Fallecido: pacientes de pago directo fallecidos sin patrimonio.
- Medicaid: pacientes elegibles por ingresos (como se determina en la Sección IV) / pacientes de Medicaid son elegibles para asistencia caritativa en circunstancias especiales para estadías denegadas, días de atención denegados y servicios no cubiertos; sin embargo, los pacientes no pueden recibir asistencia caritativa para el costo compartido de Medicaid. Las personas elegibles para programas como Medicaid, pero cuyo estado de elegibilidad no se ha establecido para el período durante el cual se prestaron los servicios médicos, son elegibles para asistencia caritativa.
- Los pacientes sin seguro que fueron evaluados, estabilizados o admitidos a través del departamento de emergencias y que no pueden ser contactados se clasificarán como asistencia caritativa.

III. Procedimiento:

Se realizarán todos los esfuerzos para garantizar que los pacientes con incapacidad de pago reciban la solicitud de asistencia caritativa de pago directo ("Solicitud") y la información disponible sobre asistencia financiera. La Solicitud (Anexo B) deberá incluir documentación que respalde los activos monetarios del paciente o de la familia del paciente.

Se instruirá a los pacientes para que completen los formularios y los devuelvan por correo o en persona a un representante de Cuentas de Pacientes. Si un paciente no completa la solicitud dentro de los 30 días siguientes a la entrega, el hospital notificará al paciente que la Solicitud no se ha recibido y le proporcionará un plazo adicional de 30 días para completar la solicitud. La falta de cumplimiento y devolución de la Solicitud dentro de estos plazos puede resultar en la negación de asistencia caritativa al paciente de pago directo.

La documentación de apoyo incluye la verificación de ingresos. La verificación de ingresos incluye (1) la declaración de impuestos federales más reciente o el Formulario 1722 del Servicio de Impuestos Internos que confirme que no se presentó declaración de impuestos y/o (2) talones de pago del último mes o una carta del empleador que confirme los ingresos.

También se debe proporcionar información sobre dependientes, gastos y activos. Los activos monetarios no deben incluir declaraciones de planes de jubilación o planes de compensación diferida calificados bajo el Código de Rentas Internas, ni planes de compensación diferida no calificados. Los primeros \$10,000 de los activos monetarios de un paciente no serán tomados en cuenta para determinar la elegibilidad.

La solicitud de Medicaid o la solicitud de evaluación de elegibilidad para Medicaid se pueden usar en lugar de la Solicitud. La información puede ser verificada de manera independiente; la tergiversación puede resultar en la denegación de asistencia financiera.

La determinación de la asistencia financiera se basa en los ingresos, activos y tamaño familiar utilizando las Pautas Anuales de Pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos publicadas en el Registro Federal. Se proporciona asistencia financiera para el 100% de la responsabilidad del paciente cuando sus ingresos son menores al 200% de las Pautas Anuales de Pobreza. Un programa de tarifas reducidas está disponible entre el 200% y el 400% de las Pautas Anuales de Pobreza. La responsabilidad del paciente en casos de asistencia caritativa parcial no puede exceder el monto del reembolso de Medicare para un servicio y encuentro similares. La responsabilidad anual del paciente para con el hospital no debe exceder el 30% de sus ingresos brutos anuales. Los pacientes deben ser inelegibles para la cobertura de Medicaid para ser considerados para asistencia financiera. Si bien las Pautas de Pobreza son el principal determinante de la elegibilidad, la asistencia financiera puede incluir la evaluación de activos, ya sea para el asalariado, el propietario de una pequeña empresa o un agricultor. Los formularios de evaluación financiera son válidos por un año a partir de la fecha de aprobación.

Programa de Tarifas Reducidas

Nivel de Pobreza Federal	200%	300%	400%
Reducción de Tarifas	100%	80%	68%

La asistencia financiera puede proporcionarse para el saldo total de la cuenta para pacientes de pago directo o para copagos, deducibles y servicios no cubiertos y no electivos, si el paciente cumple con los criterios de elegibilidad.

La determinación de elegibilidad o denegación de asistencia financiera se comunicará a la parte responsable dentro de los 30 días posteriores a la recepción de toda la documentación requerida. Los servicios no cubiertos por planes MC+ no participantes, programas de Medicaid de otros estados y servicios no cubiertos de Medicaid también se clasifican como asistencia financiera. Las cuentas que caigan dentro de los 90 días de elegibilidad para Medicaid pueden considerarse para asistencia financiera sin necesidad de completar un formulario de evaluación financiera.

Las cuentas previamente enviadas a agencias de cobro serán consideradas para asistencia financiera.

Esta Política solo aborda las situaciones más comunes que pueden surgir y no pretende ser exhaustiva. Esta Política tiene como objetivo describir las pautas generales de asistencia financiera del hospital.

Atención de Emergencia

Además de la Política Principal del Departamento de Emergencias en cumplimiento con EMTALA, el hospital proporcionará, sin discriminación, atención de estabilización para Condiciones Médicas de Emergencia (según el significado de la sección 1867 de la Ley del Seguro Social (42 USC 1395dd)) a todas las personas que busquen dicha atención, independientemente de su elegibilidad bajo esta Política de Asistencia Financiera.