

ASUNTO: Política de asistencia financiera de MHS
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES
ELABORADO POR: Comité de asistencia financiera
REVISADO POR: Kathryn Keim
APROBADO POR: Junta Directiva de MHS

REFERENCIA
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:
01/10/2016
ÚLTIMA REVISIÓN:
01/10/2020

MISIÓN:

La misión de Memorial Health System y sus afiliados (MHS o afiliados de MHS) es mejorar la salud de las personas y las comunidades que atendemos.

Para atender mejor a la comunidad y fomentar nuestra misión, MHS aceptará una amplia variedad de métodos de pago y ofrecerá recursos para ayudar al paciente a saldar cualquier pago pendiente por servicios hospitalarios. Trataremos a todos los pacientes de manera equitativa, con dignidad, respeto y compasión y, siempre que sea posible, ayudaremos a los pacientes que no pueden pagar su atención médica, ya sea de forma parcial o total.

MHS entiende que hay ocasiones en las que el paciente no puede pagar su atención hospitalaria y no tiene cobertura de ningún Pagador. Debido a que la prestación de atención médica no depende de la capacidad de pago del paciente, MHS ha establecido pautas mediante las que el paciente puede solicitar asistencia financiera y calificar para recibirla. MHS se esfuerza por equilibrar la asistencia financiera necesaria para el paciente con las responsabilidades fiscales generales para lograr nuestra misión.

OBJETIVO:

El objetivo de esta política es definir los criterios de elegibilidad para la asistencia financiera y proporcionar pautas para la identificación, evaluación y documentación de los pacientes que la necesitan. Nos aseguraremos de que nuestra política se comunique de manera eficaz a los necesitados, de ayudar a los pacientes a solicitar y calificar para los programas conocidos de asistencia financiera y de que todas las políticas se apliquen de manera precisa y coherente. Definiremos el estándar y el alcance de los servicios que utilizarán nuestras agencias externas, que cobran en nuestro nombre, y celebraremos este acuerdo por escrito para garantizar que esta política se aplique durante todo el proceso de cobranza. Además, MHS pretende que esta política cumpla con todos los aspectos de las disposiciones de la Ley de Facturación Justa del Paciente de Illinois, la Ley de Descuento para el Paciente No Asegurado del Hospital de Illinois, el estatuto de Medicaid de Illinois y sus regulaciones, y las regulaciones 501 (r) del Servicio de Impuestos Internos del Departamento del Tesoro. MHS desea brindar servicios a todas las personas, según corresponda, para reducir la carga gubernamental y utilizar sus centros para fomentar su misión en beneficio de todas las personas, independientemente de su capacidad de pago.

POLÍTICA:

MHS tiene la política de identificar la asistencia financiera que se brinda a los pacientes de acuerdo con las pautas que se describen a continuación.

- La asistencia financiera se define como los servicios hospitalarios que se proporcionan a los pacientes sin cargo o con un cargo reducido.
- La asistencia financiera se basará únicamente en los criterios de esta política y no en la raza, color, religión, nacionalidad, ascendencia, credo, sexo, edad, estado civil, discapacidad física o mental, orientación sexual o estado de ciudadanía de las personas.
- Los servicios de ingreso, tratamiento, detección o estabilización de emergencia no se retrasarán ni negarán debido a la capacidad de pago ni de cobertura.
- La clasificación de los servicios hospitalarios para la asistencia financiera puede producirse en un plazo de hasta 240 días a partir del primer estado de facturación posterior al alta.

ASUNTO: Política de asistencia financiera de MHS
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES
ELABORADO POR: Comité de asistencia financiera
REVISADO POR: Kathryn Keim
APROBADO POR: Junta Directiva de MHS

REFERENCIA
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:
01/10/2016
ÚLTIMA REVISIÓN:
01/10/2020

- La asistencia financiera se aplica a todos los Servicios hospitalarios médicamente necesarios o de emergencia, como se define en este documento.

DEFINICIONES:

Montos que generalmente se facturan: A cualquier paciente elegible para la asistencia financiera en virtud de la FAP de MHS no se le cobrará más por Servicios hospitalarios médicamente necesarios o de emergencia que los montos que generalmente se facturan (Amounts Generally Billed, AGB) a los pacientes que tienen seguro. Los centros afiliados de MHS utilizan el Método retroactivo para calcular los AGB. Consulte el Anexo 4 (Explicación de los montos que generalmente se facturan) para obtener una explicación detallada de cómo se calculan los “montos que generalmente se facturan”. Para solicitar una copia gratuita de la Explicación de los montos que generalmente se facturan, incluido el porcentaje de AGB, haga clic en el siguiente enlace (Directorio de centros afiliados de MHS) o consulte el Anexo 5 para obtener la información de contacto de cada centro.

Acciones de cobro extraordinarias: Una lista de medidas de cobro, según lo define el IRS y el Departamento del Tesoro, que las organizaciones de atención médica solo pueden tomar contra una persona para obtener el pago de la atención después de que se hayan tomado todas las medidas razonables para determinar si la persona es elegible para recibir la asistencia financiera. Estas acciones se definen con más detalle en la sección Medidas razonables y acciones de cobro extraordinarias (Extraordinary Collection Actions, ECA) de la política de Facturación y cobro de MHS y pueden incluir acciones como notificar información adversa a las agencias de informes/oficinas de crédito, junto con acciones legales/judiciales, como embargos de salarios.

Proveedores del grupo: Una lista de proveedores, además del propio hospital, que brindan atención médicamente necesaria o de emergencia en el hospital. La Lista de proveedores del grupo indica aquellos proveedores que participan en virtud de la FAP del MHS, como se menciona en el Anexo 2 (Lista de proveedores del grupo).

Ingresos: “Ingreso familiar” significa la suma de los ingresos anuales de una familia y los beneficios en efectivo de todas las fuentes de ingresos antes de impuestos, menos los pagos de manutención infantil. Al proporcionar información sobre los ingresos, el paciente debe informar solo lo siguiente:

- Si el paciente o el cónyuge del paciente, según la definición de la ley de Illinois, tiene empleo actualmente.
- Si el paciente es menor de edad, si los padres o tutores del paciente tienen empleo actualmente.
- Si el paciente o el cónyuge del paciente, según la definición de la ley de Illinois, tiene empleo, debe proporcionar el nombre, la dirección y el número de teléfono de todos los empleadores.
- Si los padres o tutores de un paciente menor tienen empleo, deberán proporcionar el nombre, la dirección y el número de teléfono de todos los empleadores.
- Si el paciente está divorciado o separado o formó parte de un procedimiento de disolución, deberá indicar si el excónyuge, según la definición de la ley de Illinois, es financieramente responsable de la atención médica del paciente según el acuerdo de divorcio, separación o disolución.
- El paciente debe proporcionar solo la siguiente información de ingresos familiares brutos mensuales, incluidos los casos en los que un cónyuge, según la definición de la ley de Illinois, es garante del paciente o en los que un padre o tutor es garante de un menor, de fuentes de ingresos como las siguientes:

ASUNTO: Política de asistencia financiera de MHS
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES
ELABORADO POR: Comité de asistencia financiera
REVISADO POR: Kathryn Keim
APROBADO POR: Junta Directiva de MHS

REFERENCIA
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:
01/10/2016
ÚLTIMA REVISIÓN:
01/10/2020

- | | | |
|------------------------------|---|---|
| — Salarios | — Seguro social por discapacidad | — Compensación de trabajadores |
| — Empleo autónomo | — Pensión de veteranos | — Ingreso de jubilación |
| — Compensación por desempleo | — Pensión de veteranos por discapacidad | — Manutención de niños, pensión alimenticia u otra manutención conyugal |
| — Seguro social | — Pensión privada por discapacidad | — Otros ingresos |

DEFINICIONES (continuación):

Activos: Incluyen y se limitan a cuentas corrientes, cajas de ahorro, acciones, certificados de depósito, fondos mutuos y cuentas de ahorro para la salud/gastos flexibles.

Exención de activos: MHS examinará los activos disponibles como un indicador de ingresos para compararlos con las pautas de pobreza, pero excluirá de su consideración los siguientes Activos:

- Un mínimo de USD 2,000 en activos líquidos para solicitantes/hogares unipersonales.
- Un mínimo de USD 3,000 en activos líquidos para solicitantes/hogares de matrimonios.
- USD 500 más por cada dependiente adicional en el hogar.
- Vivienda familiar o lugar de residencia principal.
- La propiedad personal, como los artículos para el hogar, los anillos de boda o compromiso y los equipos médicos.
- Los automóviles u otros vehículos.
- Los activos que se tengan en planes de pensiones.
- El capital comercial disponible inferior a USD 50,000.
- Otros activos que consideremos que deberían quedar exentos.

Afiliados de MHS: A los fines de esta política, los afiliados de MHS serán Abraham Lincoln Memorial Hospital, en Lincoln, Illinois; Decatur Memorial Hospital, en Decatur, Illinois; Memorial Medical Center, en Springfield, Illinois; Passavant Area Hospital, en Jacksonville, Illinois; y Taylorville Memorial Hospital, en Taylorville, Illinois.

Servicios hospitalarios médicamente necesarios: "Médicamente necesario" significa cualquier servicio hospitalario para pacientes hospitalizados o ambulatorios, incluidos los productos farmacéuticos o suministros que brinda el hospital al paciente, cubiertos por el Título XVIII de la Ley federal del Seguro Social para beneficiarios. Un servicio "médicamente necesario" no incluye ninguno de estos:

- Servicios no médicos, como servicios sociales y vocacionales.
- Cirugía cosmética electiva, pero no cirugía plástica diseñada para corregir una desfiguración causada por una lesión, enfermedad o defecto congénito o deformidad.
- Servicios que podrían haberse realizado de manera segura en otro lugar sin cargo y que el paciente rechazó a sabiendas.

ASUNTO: Política de asistencia financiera de MHS
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES
ELABORADO POR: Comité de asistencia financiera
REVISADO POR: Kathryn Keim
APROBADO POR: Junta Directiva de MHS

REFERENCIA
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:
01/10/2016
ÚLTIMA REVISIÓN:
01/10/2020

- Servicios que un Pagador podría haber cubierto si el paciente le hubiese proporcionado la información solicitada.
- Cualquier procedimiento que no esté cubierto por un Pagador, a pesar de que se considere médicamente necesario, debido a que el paciente no siguió las pautas ni los procedimientos del Pagador. Los ejemplos incluyen procedimientos dentales, servicios prestados en un hospital no contratado, paciente que no recibe la precertificación/autorización o médico que no presenta la documentación adecuada para obtener la precertificación/autorización.

Pagador: Entidad distinta del paciente que financia o reembolsa el costo de los servicios de atención médica. En la mayoría de los casos, este término se refiere a una compañía de seguros, otro pagador externo o un patrocinador del plan de salud (empleador o sindicato).

DEFINICIONES (continuación):

Posible elegibilidad: Los pacientes no asegurados se considerarán posiblemente elegibles para recibir la asistencia financiera del hospital si el paciente demuestra uno o más de los siguientes factores:

- Falta de hogar
- Difunto sin patrimonio
- Discapacidad mental sin ninguna persona que actúe en su nombre
- Elegibilidad para Medicaid, pero no en la fecha de servicio o para un servicio no cubierto
- Quiebra personal reciente
- Encarcelamiento en una institución penal
- Afiliación a una orden religiosa y voto de pobreza
- Inscripción en la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)*
- Inscripción en el Programa de Apoyo para Alquiler de Viviendas de la Autoridad de Desarrollo de la Vivienda de Illinois (Illinois Housing Development Authority, IHDA)*

Inscripción en los siguientes programas de asistencia para personas de bajos ingresos:

- Inscripción en el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC)*
- Inscripción en el Programa de Asistencia de Nutrición Complementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)*
- Inscripción en el Programa de Almuerzos y Desayunos Gratuitos de Illinois
- Inscripción en el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP)*
- Inscripción en un programa comunitario organizado que proporciona acceso a la atención médica y evalúa y documenta la situación financiera limitada por los bajos ingresos como criterio para la membresía
- Cobro de una subvención para cubrir los servicios médicos

ASUNTO: Política de asistencia financiera de MHS
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES
ELABORADO POR: Comité de asistencia financiera
REVISADO POR: Kathryn Keim
APROBADO POR: Junta Directiva de MHS

REFERENCIA
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:
01/10/2016
ÚLTIMA REVISIÓN:
01/10/2020

No asegurado: Paciente de un hospital que no posee una cobertura de una póliza de seguro médico privado, beneficios médicos u otro programa de cobertura médica, incluidos los planes de seguro médico con franquicias altas, la compensación por desempleo, seguro de responsabilidad civil por accidentes u otro seguro de responsabilidad civil.

Descuento para pacientes no asegurados: MHS proporcionará un descuento en sus cargos a todos los pacientes No asegurados, independientemente de sus ingresos o cooperación, para todos los servicios hospitalarios médicamente necesarios o de emergencia. Consulte el Anexo 1 (Lista de pautas de ingresos y descuentos).

Lista de pautas de ingresos y descuentos: Una lista incluida como Anexo 1 que enumera los ingresos familiares por los que un paciente No asegurado califica para recibir asistencia financiera total o parcial.

PROCEDIMIENTOS:

RESPONSABILIDAD DE COMUNICACIÓN DE MEMORIAL HEALTH SYSTEM:

MHS comunicará la disponibilidad de la FAP, el resumen en lenguaje sencillo y los formularios de solicitud a todos los pacientes sin cargo. Las formas de comunicación incluyen, entre otras, las siguientes:

- Colocar letreros, resúmenes en lenguaje sencillo, etc., en lugares destacados para los pacientes en las instalaciones de MHS, incluso, entre otros, los Departamentos de Emergencia, de Servicios financieros para pacientes y de Ingresos y el sitio web de cada centro de MHS.
- Ofrecer copias impresas del Resumen en lenguaje sencillo de MHS durante el ingreso del paciente o antes del alta. Consulte el Anexo 3 (Resumen en lenguaje sencillo).
- Usar un lenguaje adecuado para pacientes que conformen un grupo de menos de 1.000 personas o el 5 % de los pacientes atendidos en un centro de MHS, la cifra que sea menor.
- Designar miembros del personal en los departamentos de Registro y Servicios financieros para pacientes, para que expliquen la FAP al paciente. El personal de MHS en los departamentos de Registro y Servicios financieros para pacientes comprenderá la FAP y podrá responder o derivar las preguntas sobre la política al representante del hospital correspondiente.
- Usar estados de facturación para notificar a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera, incluida la información de contacto y la URL del sitio web donde se encuentran la información de la FAP y los formularios de solicitud.
- Proporcionar facturas detalladas dentro de los siete (7) días a partir de la fecha de solicitud del paciente.
- Poner a disposición del público y a pedido una copia de nuestra FAP, la solicitud y los criterios de elegibilidad.

ASUNTO: Política de asistencia financiera de MHS
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES
ELABORADO POR: Comité de asistencia financiera
REVISADO POR: Kathryn Keim
APROBADO POR: Junta Directiva de MHS

REFERENCIA
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:
01/10/2016
ÚLTIMA REVISIÓN:
01/10/2020

PAUTAS GENERALES DE SOLICITUD:

Para solicitar asistencia financiera, los pacientes deben presentar una solicitud completa (Formulario de solicitud de asistencia financiera) con los documentos de respaldo a cada centro afiliado de MHS que brinde servicios. Los documentos requeridos se enumeran más adelante en la sección Verificación de ingresos y activos. Consulte el Anexo 5 (Directorio de centros afiliados de MHS) para ver el sitio web, el correo electrónico, los números de teléfono y las ubicaciones de las oficinas para pedir una copia gratuita de la solicitud de asistencia financiera o de las políticas y para obtener ayuda para completar la solicitud. Las solicitudes se aceptarán por correo o en persona en las oficinas de Servicios financieros para pacientes.

- Se podrá solicitar la verificación de ingresos, activos y gastos médicos como respaldo de la solicitud.
- Se considerará que la solicitud está completa y no se requerirá ningún otro documento si los documentos que presenta el paciente demuestran que cumple con las condiciones para la Posible elegibilidad.
- Una vez recibida la solicitud o la documentación completa, el representante de Servicios financieros para pacientes completará la Planilla de asistencia financiera y la enviará para obtener la aprobación correspondiente. La Planilla de asistencia financiera determina el monto de asistencia financiera para el que califica el paciente. La Lista de pautas de ingresos y descuentos de MHS (Anexo 1) se utiliza como una herramienta para ayudar a determinar el monto de asistencia financiera correspondiente. El representante del Servicio financiero para pacientes es responsable de verificar que todas las cifras utilizadas para calcular la elegibilidad sean correctas y, si es necesario, deberá realizar una verificación adicional antes de presentar el documento para su aprobación. El gerente o director evaluará las recomendaciones, verificará los cálculos y la documentación y aprobará, rechazará o derivará el caso a las personas correspondientes según sea necesario.
- El paciente puede solicitar asistencia financiera hasta 240 días a partir del primer estado de facturación posterior al alta. No obstante, el hospital puede iniciar Acciones de cobro extraordinarias (ECA) después de 120 días a partir del primer estado de facturación posterior al alta o 30 días después de una notificación por escrito, lo que ocurra más tarde. Los pacientes pueden visitar el sitio web o solicitar las ECA.
- Siempre que sea posible, se debe presentar y aprobar una solicitud antes de que se brinde el servicio.
- No se requerirá una solicitud de consideración financiera para tratamiento médico de emergencia ni para servicios que se brinden sin notificación previa de un médico u otra área de derivación. La solicitud debe completarse lo antes posible y se priorizarán las necesidades médicas del paciente. La solicitud para cubrir el tratamiento de emergencia se realizará después de que se brinde el servicio.
- Es fundamental que los solicitantes de asistencia financiera cooperen con la necesidad de MHS de obtener información precisa y detallada dentro de un plazo razonable. Si la información es ilegible o está incompleta, el representante de Asistencia financiera para pacientes le proporcionará al solicitante una notificación por escrito que describirá la información o documentación adicional requerida, la fecha límite para la presentarla y sus datos de contacto. El representante de Asistencia financiera para pacientes se asegurará de que se suspendan todas las ECA.
- Las solicitudes deben incluir la firma del solicitante o, cuando no sea posible, documentación razonable que demuestre la intención del solicitante de pedir la asistencia financiera.
- Si, después de la notificación, falta información requerida, la solicitud quedará sujeta al criterio de la administración y a una posible denegación.

ASUNTO: Política de asistencia financiera de MHS
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES
ELABORADO POR: Comité de asistencia financiera
REVISADO POR: Kathryn Keim
APROBADO POR: Junta Directiva de MHS

REFERENCIA
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:
01/10/2016
ÚLTIMA REVISIÓN:
01/10/2020

- La documentación se puede utilizar para la evaluación de los servicios junto con otra información complementaria pertinente actualizada durante un período de hasta seis meses. Se pueden otorgar excepciones durante este período de seis meses según el criterio de la administración y en virtud de circunstancias cambiantes desde el período de calificación inicial.
- Una vez que se determina el estado de la asistencia financiera, se aplicará a todas las cuentas de los pacientes y será válido durante un período de seis meses a partir de la fecha de determinación y de forma retroactiva. El paciente o garante tiene la responsabilidad de notificar al hospital que la asistencia financiera se otorgó previamente y debe aplicarse a cuentas posteriores.

VERIFICACIÓN DE INGRESOS Y ACTIVOS:

Para determinar la elegibilidad, el paciente tiene la responsabilidad de proporcionar información para verificar la elegibilidad, lo que puede incluir, y se limita a, esta información:

- Una declaración federal de impuestos sobre la renta completada, correspondiente a los años calendario anteriores, si se requiere su presentación.
- Una copia de los formularios W-2 y 1099 más recientes del paciente.
- Talones de cheques de pago (los dos más recientes), preferiblemente con ingresos enumerados del mes anterior al mes en que se recibió la solicitud y declaraciones de todos los demás ingresos recibidos, según la definición de "Ingresos" de la sección Definiciones de esta política y como se indica en la Solicitud de asistencia financiera. Se solicita un estado de ingresos de todos los trabajadores autónomos o pacientes que reciben su salario en efectivo.
- Declaraciones de beneficios.
- Cartas de concesión.
- Órdenes judiciales.
- Estados de cuenta corriente, de ahorro e inversión (los dos más recientes) según la definición de "Activos" y "Exención de activos" de la sección Definiciones de esta política.
- Otra documentación que pueda aportar el paciente.
- En caso de que no haya ingresos, una carta de la persona que paga los gastos de manutención del paciente o garante que explique la situación.

Los niveles de ingresos para la asistencia financiera pueden verificarse ya sea en los doce (12) meses anteriores o mediante la anualización de la información del año parcial. La calificación es válida en virtud de cualquier método de cálculo. Además de la información histórica, se puede considerar la capacidad de ganancia futura y la capacidad de cumplir con esas obligaciones dentro de un plazo razonable. Proporcionar información falsa o excluir la información solicitada puede generar la denegación de la solicitud y la elegibilidad. Esta información financiera se considera confidencial y está protegida para garantizar que solo se utilice para ayudar en la inscripción o evaluar la elegibilidad para recibir la asistencia financiera.

ASUNTO: Política de asistencia financiera de MHS
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES
ELABORADO POR: Comité de asistencia financiera
REVISADO POR: Kathryn Keim
APROBADO POR: Junta Directiva de MHS

REFERENCIA
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:
01/10/2016
ÚLTIMA REVISIÓN:
01/10/2020

CALIFICACIÓN Y ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA:

MHS proporcionará automáticamente un Descuento al Paciente No Asegurado en todos los cargos, independientemente de los ingresos o la cooperación, para todos los Servicios hospitalarios médicamente necesarios o de emergencia. Consulte el Anexo 1 (Lista de pautas de ingresos y descuentos). La aplicación de este descuento garantiza que no se le cobre al paciente más que los Montos que generalmente se facturan.

Los pacientes No asegurados pueden calificar para recibir una asistencia del 100 % si tienen prueba de Posible elegibilidad, según se define en la sección Definiciones de esta política.

Para cualquier monto restante que el paciente No asegurado adeude después de que se aplique el descuento automático, el paciente No asegurado será elegible para recibir asistencia financiera según la Lista de pautas de ingresos y descuentos.

Un paciente No asegurado es elegible para recibir una asistencia financiera del 100 % con ingresos de hasta el 300 % de las pautas federales de pobreza.

Un paciente No asegurado que tiene ingresos superiores al 301 % de las pautas federales de pobreza será elegible para una asistencia financiera parcial si lo que se adeuda supera la responsabilidad de gastos de bolsillo máximos del paciente, según la Lista de pautas de ingresos y descuentos.

Además, hay casos en los que un paciente puede ser elegible para recibir asistencia financiera, pero no ha cooperado mediante la presentación de una solicitud de asistencia financiera ni con la documentación de respaldo adecuada. Cuando exista información de colaboración de terceros adecuada que se obtenga a través de fuentes alternativas, esta información podría proporcionar evidencia suficiente para brindar al paciente hasta el 100 % de asistencia financiera.

Los pacientes asegurados pueden calificar para la asistencia financiera si tienen Ingresos por debajo del 300 % de las pautas federales de pobreza y notifican a MHS que califican mediante la presentación de una solicitud y la documentación de respaldo, que incluya prueba de una o más de las siguientes categorías de Posible elegibilidad:

- Falta de hogar (la solicitud puede rechazarse si no se puede encontrar la dirección con las herramientas de verificación de domicilio).
- Difunto sin patrimonio (no se requiere solicitud de asistencia financiera).
- Elegibilidad para Medicaid actual, pero no en la fecha de servicio o para un servicio no cubierto.
- Quiebra personal en los últimos 12 meses (solicitud solo requerida para ingresos hospitalarios después de la fecha de la presentación de quiebra).
- Inscripción en la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)*
- Inscripción en el Programa de Apoyo para Alquiler de Viviendas de la Autoridad de Desarrollo de la Vivienda de Illinois (Illinois Housing Development Authority, IHDA)*
- Inscripción en el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC)*

ASUNTO: Política de asistencia financiera de MHS
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES
ELABORADO POR: Comité de asistencia financiera
REVISADO POR: Kathryn Keim
APROBADO POR: Junta Directiva de MHS

REFERENCIA
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:
01/10/2016
ÚLTIMA REVISIÓN:
01/10/2020

- Inscripción en el Programa de Asistencia de Nutrición Complementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)*
- Inscripción en el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP)*
- Víctima de delito (puede no presentar solicitud si se recibe una carta de Víctima de delito).

En el caso de una enfermedad que sea catastrófica y cuando se haya presentado la documentación adecuada, pero el paciente aún deba montos que producen una dificultad indebida en el hogar, el director de Servicios financieros para pacientes junto con el liderazgo sénior pueden revisar y determinar si se justifica un descuento adicional para la asistencia financiera. La definición de “catastrófica” y el monto de la asistencia financiera se determinarán de acuerdo con el caso y se considerarán todas las circunstancias financieras, familiares y de salud del paciente.

COMPROMISO CON LOS SOLICITANTES DE AYUDA FINANCIERA:

MHS no solicitará ningún pago a través de procedimientos administrativos, de terceros o judiciales a aquellos pacientes que califiquen para la asistencia financiera al 100 % en virtud de la FAP.

MHS no impondrá un gravamen, no forzará la venta o ejecución hipotecaria de la residencia principal del paciente para pagar una factura médica pendiente, ni incluirá la residencia principal en el cálculo de activos a menos que: el valor de la propiedad indique claramente la capacidad de asumir la obligación financiera; el paciente haya tenido la oportunidad de evaluar la exactitud de la factura, solicitar asistencia financiera o utilizar un plan de pago razonable (o no haya realizado pagos de acuerdo con un plan de pago razonable); y se haya obtenido la aprobación previa del liderazgo sénior.

MHS no emprenderá acciones de cobro en un tribunal contra aquellos pacientes que califiquen para la asistencia financiera al 100 % en virtud de la FAP.

MHS no recurrirá a una comparecencia judicial forzada para exigir que el paciente comparezca ante el tribunal para aquellos pacientes que califiquen para la asistencia financiera al 100 % en virtud de la FAP.

MHS no embargará el salario de un paciente que califique para la asistencia financiera al 100 % en virtud de la FAP.

Una vez que se determina la asistencia financiera, se aplicará retroactivamente a todas las cuentas que califiquen para la FAP y que estén dentro de los 240 días posteriores al primer estado de facturación posterior al alta.

Cualquier pago realizado en cuentas que calificaron para la asistencia financiera al 100 % en virtud de la FAP se reembolsará a la parte correspondiente.

Si un paciente No asegurado ha solicitado asistencia financiera u otra cobertura y está cooperando con el hospital, el hospital no emprenderá acciones de cobro hasta que se determine que ya no hay fundamentos razonables para creer que el paciente puede calificar para la asistencia financiera u otra cobertura.

Para obtener más información sobre las actividades de cobro de MHS, consulte la Política y el procedimiento de facturación y cobro de MHS (Política de facturación y cobro de MHS).

ASUNTO: Política de asistencia financiera de MHS
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES
ELABORADO POR: Comité de asistencia financiera
REVISADO POR: Kathryn Keim
APROBADO POR: Junta Directiva de MHS

REFERENCIA
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:
01/10/2016
ÚLTIMA REVISIÓN:
01/10/2020

RESPONSABILIDADES ADICIONALES DE LOS PACIENTES QUE HAN RECIBIDO AYUDA FINANCIERA CON DESCUENTO PARCIAL:

Cuando el paciente recibe la aprobación en virtud de la FAP para un descuento parcial, MHS trabajará con el paciente o la parte responsable para establecer una opción de pago razonable.

Si el paciente cumple con un plan de pago acordado por el hospital, MHS no emprenderá acciones de cobro.

Si MHS le ha dado al paciente la oportunidad de evaluar la exactitud de la factura y tiene motivos suficientes para creer que el paciente no califica para una asistencia financiera adicional en virtud de todos los términos de la FAP con respecto a su obligación parcial, y el paciente continúa sin pagar, MHS puede iniciar acciones de cobro para exigir el cumplimiento de los términos de cualquier plan de pago.

GASTOS DE BOLSILLO MÁXIMOS:

Se requerirán gastos de bolsillo máximos a los pacientes No asegurados con ingresos que superen el 300 % de las pautas federales de pobreza, según se describe en el Anexo 1 (Lista de pautas de ingresos y descuentos). Los cargos por servicios que excedan dicho máximo se descontarán al 100 % como asistencia financiera calificada.

El monto máximo que se puede cobrar al paciente en un período de 12 meses por los Servicios de atención médicamente necesarios que brinda MHS es el 25 % del ingreso familiar del paciente y queda sujeto a la elegibilidad continua del paciente en virtud de la FAP.

El período de 12 meses al que se aplica el monto máximo comenzará en la primera fecha en que el paciente reciba servicios de atención médica que se determinen elegibles en virtud de la FAP.

Para ser elegible para que se aplique este monto máximo a los cargos posteriores, el paciente elegible debe informar a MHS en los ingresos hospitalarios posteriores o visitas ambulatorias, que ha recibido previamente servicios de atención médica de MHS y se determinó que tenía derecho a asistencia financiera en virtud de la FAP.

PROCESO DE APROBACIÓN:

La asistencia financiera debe aprobarse de la siguiente manera:

| | Centro de MHS: |
|--------------------------|---|
| USD 0 a USD 10,000 | Representantes de Proveedores de servicios o superiores |
| USD 10,000 a USD 25,000 | Gerente de Servicios financieros para pacientes o superior |
| USD 25,000 a USD 75,000 | Director de Servicios financieros para pacientes o superior |
| USD 75,000 a USD 100,000 | Director de Finanzas |
| USD 100,000 y más | Director ejecutivo o de Operaciones |

Estos umbrales se pueden ajustar a los cambios de precio.

Los límites de aprobación indicados se considerarán para todas las cuentas abiertas según la cuenta, a diferencia del conjunto, donde el paciente tiene múltiples cuentas calificadas.

ASUNTO: Política de asistencia financiera de MHS
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES
ELABORADO POR: Comité de asistencia financiera
REVISADO POR: Kathryn Keim
APROBADO POR: Junta Directiva de MHS

REFERENCIA
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:
01/10/2016
ÚLTIMA REVISIÓN:
01/10/2020

SOLICITUDES DE ASISTENCIA FINANCIERA:

La solicitud de asistencia financiera y la documentación de respaldo se guardarán en papel o imagen digital, con la indexación adecuada y con referencias cruzadas para permitir su posterior recuperación y revisión.

El director ejecutivo o director financiero de cada centro puede utilizar su criterio para hacer excepciones a los procedimientos anteriores en función de circunstancias extraordinarias específicas, con el fin de autorizar la asistencia financiera adicional calificada. El director ejecutivo y el director financiero de MHS aprobarán los cambios administrativos y de rutina a esta política, incluidas, entre otras, las actualizaciones de las pautas federales de pobreza y la Lista de proveedores del grupo de MHS. Todos los cambios importantes contarán con la aprobación de la Junta Directiva de MHS en nombre de los afiliados de MHS.

REFERENCIAS:

Norma 501 (r) definitiva del IRS y del Departamento del Tesoro.

Ley de Descuento para el Paciente No Asegurado del Hospital de Illinois.

Ley de Facturación Justa del Paciente de Illinois.

Guía de cumplimiento de facturación de terceros de la OIG, 1998, página 27.

CCH-EXP, MED-GUIDE 5267, comentario. Costos de atención gratuita de Hill-Burton

Guías de Pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS)