

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

REFERENCIA  
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 10/01/2016  
ÚLTIMA REVISIÓN: 08/23/24

## MISIÓN

La misión de Memorial Health y sus afiliados (MH o afiliado(s) de MH) es cuidar vidas y construir comunidades más fuertes a través de una mejor salud.

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

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

## PROPÓSITO

El objetivo de esta política es definir los criterios de elegibilidad para la asistencia financiera y proporcionar pautas para la identificación, la evaluación y la documentación de los pacientes que la necesitan. Nos aseguraremos de que nuestra política se comuniqué 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, MH 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. El deseo de MH es prestar servicios a todas las personas según proceda, reducir la carga gubernamental y utilizar sus centros en cumplimiento de su misión en beneficio de todas las personas, independientemente de su capacidad de pago.

## POLÍTICA

MH adopta 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 servicios hospitalarios prestados gratuitamente, o a precio reducido, a los pacientes.
- La asistencia financiera se basará únicamente en los criterios de esta política y no en la raza, color, género, identidad de género, religión, nacionalidad, ascendencia, credo, sexo, edad, estado civil, discapacidad física o mental, orientación sexual, estado de inmigración o residencia de las personas.
- Los servicios de ingreso, tratamiento, detección o estabilización de emergencia no se retrasarán ni rechazarán debido a la capacidad de pago ni de cobertura.

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

REFERENCIA  
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 10/01/2016  
ÚLTIMA REVISIÓN: 08/23/24

- 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.
- La asistencia financiera es aplicable a todos los servicios hospitalarios de urgencia o médicamente necesarios, tal y como se definen en el presente documento.

## DEFINICIONES

**Montos que generalmente se facturan:** A cualquier paciente elegible para la asistencia financiera en virtud de la FAP de MH no se le cobrará más por Servicios hospitalarios médicamente necesarios o de emergencia que los montos que generalmente se facturan (AGB) a los pacientes con seguro. Los centros afiliados de MH utilizan el Método retroactivo para calcular los AGB. Consulte la Explicación de los montos que generalmente se facturan (Anexo 4) para ver 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, consulte el Directorio de centros de Memorial Health (Anexo 5).

**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 efectivizar el pago de la atención después de que se hayan tomado todas las medidas razonables para determinar si es elegible para recibir la asistencia financiera. Estas acciones se definen con más detalle en la sección Esfuerzos razonables y Acciones de cobro extraordinarias (ECA) de la Política de facturación y cobranzas, y pueden incluir acciones legales que podrían resultar en una sentencia judicial y un posible embargo del salario.

**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 los proveedores que participan en la FAP de MH, tal como se identifican en la Lista de proveedores del grupo (Anexo 2).

**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 su cónyuge, según la definición de la ley de Illinois, tiene empleo actualmente.
- Si el paciente es menor de edad, si los padres o tutores tienen empleo actualmente.
- Si el paciente o su cónyuge, 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 de edad trabajan, nombre, dirección y 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.

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

REFERENCIA  
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 10/01/2016  
ÚLTIMA REVISIÓN: 08/23/24

## DEFINICIONES (continuación)

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

**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:** MH 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 2000 en activos líquidos para solicitantes/hogares unipersonales
- Un mínimo de USD 3000 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 MH:** A los fines de esta política, los afiliados de MH serán Decatur Memorial Hospital, en Decatur, Illinois; Lincoln Memorial Hospital, en Lincoln, Illinois; Jacksonville Memorial Hospital, en Jacksonville, Illinois; Springfield Memorial Hospital, en Springfield, 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.

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

REFERENCIA  
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 10/01/2016  
ÚLTIMA REVISIÓN: 08/23/24

## DEFINICIONES (continuación)

- 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.
- 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 obtenerla.

**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 o patrocinador del plan médico (empleador o sindicato).

**Presunta elegibilidad:** Los pacientes No asegurados se considerarán presuntamente elegibles para recibir la asistencia financiera del hospital si demuestra una o más de las siguientes condiciones:

- Persona sin 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 (Free Lunch and Breakfast Program) de Illinois
- Inscripción en el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP)

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

REFERENCIA  
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 10/01/2016  
ÚLTIMA REVISIÓN: 08/23/24

## DEFINICIONES (continuación)

- 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 de participación
- Cobro de una subvención para cubrir los servicios médicos

**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, el seguro de responsabilidad civil por accidentes u otro seguro de responsabilidad civil.

**Descuento para paciente no asegurado:** MH 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 la Lista de pautas de ingresos (Anexo 1).

**Lista de pautas de ingresos:** Una lista incluida como Anexo 1 que enumera los ingresos familiares a partir de los cuales un paciente No asegurado podría optar por solicitar asistencia financiera total o parcial.

## PROCEDIMIENTOS

### RESPONSABILIDAD DE COMUNICACIÓN DE MEMORIAL HEALTH:

MH 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:

- Examinar lo antes posible a los pacientes No asegurados para determinar su elegibilidad, tanto para los programas públicos de seguro médico como para la asistencia financiera.
- Colocar letreros, resúmenes en lenguaje sencillo, etc., en lugares destacados para los pacientes en los centros de MH, incluso los Departamentos de Emergencia, de Servicios financieros para pacientes, Ingresos y el sitio web de MH.
- Ofrecer copias impresas del resumen en lenguaje sencillo durante el ingreso del paciente o antes del alta. Consulte el Resumen en lenguaje sencillo sobre tranquilidad para los pagos (Anexo 3).
- Usar un lenguaje adecuado para pacientes que conformen un grupo de menos de 1000 personas o el 5 % de los pacientes atendidos en un centro de MH, la cifra que sea menor.
- Designar personal en los departamentos de Registro y Servicios financieros para pacientes, para que le expliquen la FAP. El personal de MH en los departamentos de Registro y Servicios financieros para pacientes deberá comprender la FAP, y 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 (FAP) de MH  
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES  
ELABORADO POR: Comité de asistencia financiera  
REVISADO POR: Kathryn Keim  
APROBADO POR: Junta Directiva de MH

REFERENCIA  
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 10/01/2016  
ÚLTIMA REVISIÓN: 08/23/24

## 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 MH. Los documentos requeridos se enumeran más adelante en la sección Verificación de ingresos y activos. Consulte el Directorio de centros afiliados de Memorial Health (Anexo 5) para ver el sitio web, el correo electrónico, el número 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. Se aceptan solicitudes por correo, correo electrónico o en persona en las oficinas de Servicios financieros para pacientes.

- Es posible que se solicite 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 Presunta elegibilidad.
- Una vez recibida la solicitud o la documentación completa, el representante de Servicios financieros completará la Planilla de asistencia financiera y la enviará para 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 (Anexo 1) se utiliza como herramienta de ayuda para determinar el monto de la asistencia financiera aplicable. El representante de Asistencia Financiera 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. De conformidad con la sección Proceso de aprobación de esta política, 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 para que MH pueda obtener información precisa y detallada dentro de un plazo razonable. Si la información es ilegible o incompleta, el Representante de asistencia financiera proporcionará al solicitante un aviso por escrito en el que se describa la información o documentación adicional requerida, se indique la fecha límite de presentación y se incluya la información de contacto. El representante de asistencia financiera 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.

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

REFERENCIA  
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 10/01/2016  
ÚLTIMA REVISIÓN: 08/23/24

- Si, después de la notificación, falta información requerida, la solicitud quedará sujeta al criterio de la administración y a una posible denegación.
- 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 con respecto al 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, correspondiente a los años calendario anteriores, si se requiere su presentación.
- Una copia de los formularios W-2s 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 una declaración 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 (FAP) de MH  
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES  
ELABORADO POR: Comité de asistencia financiera  
REVISADO POR: Kathryn Keim  
APROBADO POR: Junta Directiva de MH

REFERENCIA  
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 10/01/2016  
ÚLTIMA REVISIÓN: 08/23/24

## **CALIFICACIÓN Y ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA**

MH proporcionará automáticamente un Descuento para 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 la Lista de pautas de ingresos (Anexo 1).

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

Para cualquier cantidad restante adeudada por un paciente No asegurado después de que se aplique el descuento automático, tal paciente es elegible para recibir asistencia financiera basada en la Lista de pautas de ingresos.

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 asistencia financiera parcial si lo que se adeuda supera la responsabilidad de gastos de bolsillo máximos, según la Lista de pautas de ingresos.

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 ni con la documentación de respaldo adecuada. Cuando exista información de colaboración de terceros adecuada 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 MH 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 Presunta elegibilidad:

- Personas sin hogar (se puede eximir la solicitud si no se encuentra la dirección mediante las herramientas de verificación de direcciones)
- 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 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)
- 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)

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

REFERENCIA  
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 10/01/2016  
ÚLTIMA REVISIÓN: 08/23/24

- Víctima de delito (se puede eximir la 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 adeude montos que afecten la economía del hogar, el director de Servicios Financieros junto con el equipo de dirección sénior pueden revisar y determinar si se justifica un descuento adicional. 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**

MH 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.

MH 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 razonable); y se haya obtenido la aprobación previa del equipo de dirección sénior.

MH no iniciará acciones de cobro por vía judicial contra aquellos pacientes que califiquen para la asistencia financiera al 100 % en virtud de la FAP.

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

MH 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 comprendidas 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 iniciará acciones de cobro hasta que se determine que ya no hay fundamentos razonables para creer que puede calificar para la asistencia financiera u otra cobertura.

Si se aprueba la solicitud del paciente No asegurado para acogerse a un programa de seguro médico público, el hospital facturará a la entidad aseguradora y no solicitará al paciente ningún monto de la factura, excepto por cualquier copago, coseguro u otro pago similar requerido del que sea responsable en virtud del seguro. Si se rechaza la solicitud de seguro médico público del paciente No asegurado, el hospital se ofrecerá a evaluar la posibilidad de que reciba asistencia financiera.

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

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

REFERENCIA  
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 10/01/2016  
ÚLTIMA REVISIÓN: 08/23/24

## RESPONSABILIDADES ADICIONALES PARA LOS PACIENTES QUE HAN RECIBIDO UNA AYUDA FINANCIERA CON DESCUENTO PARCIAL

Cuando el paciente recibe la aprobación en virtud de la FAP para un descuento parcial, MH 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, MH no iniciará acciones de cobro.

Si MH le ha dado al paciente la oportunidad de evaluar la exactitud de la factura y tiene motivos suficientes para creer que 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, MH puede iniciar acciones de cobro para exigir el cumplimiento de los términos de cualquier plan de pago.

## DESEMBOLSO MÁXIMO

Se exigirá un desembolso máximo a los pacientes No asegurados cuyos ingresos superen el 300 % de las pautas federales de pobreza, tal y como se indica en la Lista de pautas de ingresos (Anexo 1). 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 MH es el 20 % del ingreso familiar del paciente y queda sujeto a que se mantenga su elegibilidad 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 MH en los ingresos hospitalarios posteriores o visitas ambulatorias, que ha recibido previamente servicios de atención médica de MH 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 MH
USD 0 a USD 10 000	Representantes de Asistencia financiera 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 por cambios de precio.

Los límites de aprobación indicados se considerarán para todas las cuentas abiertas por cuenta, en lugar de tomarse de manera consolidada, en los casos en que el paciente tuviera varias cuentas calificadas.

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

REFERENCIA  
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 10/01/2016  
ÚLTIMA REVISIÓN: 08/23/24

## **LEGAJOS DE AYUDA 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.

MH presenta un informe anual sobre el plan hospitalario de beneficios comunitarios al Fiscal General, y cumple con todos los estatutos y reglamentos de Illinois relacionados con esta presentación.

## **ASISTENCIA FINANCIERA DISCRECIONAL**

El Director Ejecutivo o el Director Financiero de MH, en consulta con el Asesor Jurídico General, a su entera discreción, podrán hacer excepciones a los procedimientos anteriores, basándose en circunstancias extraordinarias específicas, para autorizar asistencia financiera adicional que cumpla los requisitos.

## **CAMBIOS EN LA POLÍTICA**

El Director Ejecutivo y el Director Financiero de MH 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 MH. Todos los cambios importantes contarán con la aprobación de la Junta Directiva de MH en representación de los afiliados de MH.

## **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 para el Paciente de Illinois  
Guía de cumplimiento de facturación de terceros de la OIG, 1998, página 27  
CCH-EXP, MED-GUIDE 5267, Comentario Hill-Burton Free Care Costs  
Pautas de Pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS)