

OBJETIVO:

Especificar el marco bajo el cual se puede brindar asistencia financiera a los pacientes que no tengan la capacidad económica para pagar servicios médicamente necesarios.

DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA:

Sarah Bush Lincoln Health System (SBLHS) proporcionará, sin discriminación, atención para condiciones médicas de emergencia (incluidos los servicios en virtud de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo - EMTALA, por sus siglas en inglés), independientemente de la elegibilidad del paciente para otros servicios y/o asistencia financiera, conforme se describe en esta política. Los pacientes son elegibles para solicitar asistencia financiera únicamente para servicios médicamente necesarios. En ningún caso se le negará a un paciente servicios médicamente necesarios debido a la falta de pago de servicios anteriores o de alguna cuenta anterior. La Gerencia de SBLHS se reserva el derecho de modificar las disposiciones de esta política en base a los hechos y situaciones que se presenten en cada caso individual. La Junta Directiva de SBLHS delega la autoridad para modificar todos y cada uno de los anexos a esta política al Presidente y Director Ejecutivo (CEO, por sus siglas en inglés) o al Director Financiero (CFO, por sus siglas en inglés) y Vicepresidente de Finanzas.

A. Definiciones:

Para los efectos de esta política, los términos se definen en el **(Anexo A)**.

B. Comunicación e implementación del Programa:

Es intención de SBLHS que se tomen medidas para dar a conocer ampliamente la política dentro de las comunidades que servimos. Esto incluye, pero no se limita a:

1. Letreros y folletos colocados en salas de espera del Departamento de Emergencia, en el área de Ingresos y Registro, en consultorios médicos y en otras áreas apropiadas de las instalaciones del Sistema. Estos especificarán que las instalaciones de SBLHS ofrecen asistencia financiera para servicios médicos y describirán cómo obtener más información. **Se exhibirá la señalización proporcionada por el Cuerpo Nacional de Servicio de Salud (NHSC, por sus siglas en inglés), la cual explica nuestra participación.**
2. El personal de registro, los asesores financieros y directores clínicos están designados para explicar la política de asistencia financiera de SBLHS.
3. Publicación en la página web de SBLHS, información sobre estados de cuenta de pacientes, comunicación con pacientes por escrito y de forma verbal documentada, comunicación con médicos, proveedores de nivel medio y centros de salud comunitarios.
4. Todos los empleados nuevos reciben instrucción básica sobre el programa durante sus primeros 30 días de empleo en Orientación General del Empleado.
5. Los clientes que procuren asistencia financiera pueden recoger una solicitud de asistencia financiera en todos los locales de Sarah Bush Lincoln o pueden obtenerla a través de la página web de Sarah Bush Lincoln en www.sarahbush.org. También pueden acceder e imprimir la solicitud de asistencia financiera en el **(Anexo C)** de esta política.
6. La solicitud y la documentación de respaldo deben enviarse por correo postal a Sarah Bush Lincoln, PO Box 372, Mattoon, Illinois 61938 o pueden entregarse en Sarah Bush Lincoln, 1000 Health Center Drive, Financial Counselor Office, Mattoon, Illinois 61938.
7. Se puede acceder al resumen en lenguaje sencillo en el **(Anexo D)**. El resumen en lenguaje sencillo también se incluirá con las declaraciones de aviso finales.
8. Se puede acceder a una lista de proveedores que prestan servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios en www.sarahbush.org o se puede solicitar una copia impresa comunicándose con Sarah Bush Lincoln, Patient Financial Services Department, PO Box 372, Mattoon, Illinois 61938.
9. La prestación de servicios de beneficencia se registrará por una revisión tanto administrativa como clínica. Se brinda instrucción a todos los empleados, así como al público en general, en cuanto a los criterios y los procedimientos que deben seguirse para la aplicación de esta política de asistencia financiera. SBLHS y sus corporaciones subsidiarias pueden procurar asistencia para financiar servicios de beneficencia de fuentes disponibles, lo que incluye

asistencia filantrópica, asistencia pública y ayuda del condado.

10. La Política de Asistencia Financiera de SBLHS debe utilizarse únicamente como un medio para ayudar a las personas (no a empleadores ni a planes de empleadores) con montos adeudados debido a la falta de seguro, deducibles y coaseguro. Específicamente, el uso del Programa de Asistencia Financiera de SBLHS en un esfuerzo por tomar adaptaciones ilegales o injustificadas por administradores o empleadores externos, por montos adeudados a SBL, no está cubierto por el Programa de Asistencia Financiera de SBLHS. Específicamente, los esquemas de precio en base a referencia en los que administradores externos o planes de empleadores no directamente contratados por SBLHS toman descuentos ilegales o inapropiados no aprobados por SBLHS, no están cubiertos por este Programa de Asistencia Financiera.

C. Cargos por servicios prestados en SBLHS:

SBLHS realiza una evaluación anual muy extensiva del monto que se cobra por los servicios. Esta evaluación se hace junto con un asesor externo que tiene una base de datos bastante amplia y detallada de información de cobro a nivel nacional, estatal y local. Cada cargo individual de SBLHS se revisa anualmente y se coteja con dicha base de datos para garantizar que los cargos sean comparables con los niveles que se manejan en la industria y en el ámbito local. SBLHS busca ser un proveedor de atención médica de bajo costo, pero de alta capacidad en East Central Illinois. Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de establecimiento de precios o los precios desglosados, llame al 217-238-4555.

D. Políticas de facturación y cobranza:

Los pacientes no serán derivados a una agencia de cobranzas para el cobro de su cuenta, no estarán sujetos a procesos legales ni judiciales, ni se les reportará ante el servicio de reporte crediticio hasta que se hayan hecho esfuerzos razonables por determinar si la persona es elegible para recibir asistencia financiera en virtud de esta política. Consulte (**“Política de facturación y cobranza de servicios financieros del paciente”**).

E. Los esfuerzos razonables incluyen:

1. La notificación de la disponibilidad de ayuda financiera para personas calificadas, según lo especificado en esta política, al momento del ingreso, registro o programación de servicios, ya sea por escrito o verbalmente documentada.
2. La inclusión de estados de cuenta enviados a la dirección de facturación del paciente o fiador, los cuales informen al paciente el saldo de su cuenta y la disponibilidad de ayuda financiera; o
3. Cartas y llamadas telefónicas al paciente o fiador, solicitando el pago en su cuenta e informando sobre la disponibilidad de asistencia financiera.
4. Las cuentas que se den de baja como deudas incobrables y se deriven a una agencia de cobranzas, pero que más adelante se determine que califican para recibir asistencia financiera se pondrán en espera en la agencia de cobranzas y se agregarán a los saldos considerados para asistencia financiera. El monto del ajuste aplicable a las cuentas en la agencia de cobranzas se transmitirá a la agencia después de realizar el ajuste. La asistencia financiera no aplicará para tarifas legales, costos de tribunal ni ninguna otra tarifa incurrida por una agencia de cobros. Los pacientes serán responsables de pagar dichas tarifas a la agencia.
5. Se notificará a cualquier paciente o familiar que brinde información falsa, que reciba beneficios de una póliza de seguro o de un acuerdo de responsabilidad sin que se aplique al saldo de la cuenta original y se revocará cualquier descuento de la póliza que se haya emitido.
6. Cualquier solicitud recibida se procesará durante el período de solicitud de 240 días a partir de la fecha posterior al alta. El paciente tendrá un período adicional de 30 días inmediatamente después de los 240 días de la fecha de la solicitud para brindar cualquier documentación adicional que SBL requiera del paciente a fin de procesar la solicitud. El incumplimiento por parte del paciente o familiar de brindar información verbal o los documentos solicitados dentro de los 30 días siguientes de ser requeridos puede considerarse razón suficiente para terminar el proceso y dar lugar a la posterior denegación de asistencia.

7. La recepción de las Pautas Federales de Pobreza (“FPG”, por sus siglas en inglés) publicadas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos, no afectará acuerdo de pago alguno establecido al momento de su recepción. Encuentre las FPG más recientes del HHS en <http://aspe.hhs.gov/poverty>.
 8. Los pacientes o familiares que incurran en saldos adicionales de autopago y que anteriormente hayan calificado para recibir asistencia, seguirán estando calificados por un período de doce meses después de su determinación inicial para recibir asistencia. Se debe completar una solicitud nueva de asistencia financiera si la solicitud más reciente tiene más de doce meses de antigüedad. Si la solicitud anterior tiene menos de doce meses de antigüedad, se dará de baja cualquier saldo de autopago nuevo en la medida permitida por la solicitud archivada. Ejemplos de servicios no elegibles para recibir consideración para asistencia financiera se detallan en el **(Anexo B)**.
- F. Procedimiento para la determinación de asistencia financiera:
- Para establecer la responsabilidad de pago del paciente, SBLHS analizará el ingreso familiar. El ingreso familiar se define como los ingresos y beneficios anuales en efectivo de todas las fuentes antes de impuestos, menos el pago de manutención infantil y las contribuciones del fiador, así como de su cónyuge o pareja requeridas por el empleador. Pareja significa una persona que haya establecido una unión civil de conformidad con la Ley de Protección de la Libertad Religiosa y de la Unión Civil de Illinois [750 ILCS 75] o la Ley de Libertad Religiosa y Legitimidad del Matrimonio [750 ILCS 80]. SBLHS aplicará varias pruebas, tanto al solicitante asegurado como al no asegurado para determinar su responsabilidad financiera. El saldo más bajo que se determine a partir de estas pruebas será obligación financiera del fiador. Cualquier saldo de la cuenta que exceda la capacidad financiera más baja calculada desgravada como un descuento de beneficencia.
1. **Prueba de ingreso:** El ingreso familiar se utiliza para determinar la obligación financiera. El ingreso familiar disponible se calcula como el quince por ciento (15 %) del ingreso familiar, por encima del ciento noventa por ciento (190 %) de las FPG durante un período de cuatro (4) años. En otras palabras, no más del sesenta por ciento (60 %) del ingreso familiar por encima del ciento noventa por ciento (190 %) de las FPG se considerará ingreso familiar disponible. El ingreso familiar se determinará al revisar la declaración de impuestos federales presentada más recientemente o se calculará en base a la solicitud completa, así como en base a una revisión de los documentos relevantes que respalden la información en la solicitud, como boletas de nómina recientes y el apoyo estimado de familiares. Las transferencias de efectivo, los pagos o los obsequios incondicionales recibidos dentro de un programa de ingreso garantizado no se considerarán si tales transferencias de efectivo, pagos u obsequios no se toman en cuenta para determinar la elegibilidad en programas públicos de seguro de salud administrados por el Estado, en donde este tiene la autoridad de anular el ingreso garantizado; y el programa de ingreso garantizado es un programa que dura una cantidad de meses o años diseñado para reducir la pobreza, promover la movilidad social o aumentar la estabilidad financiera de sus participantes y si hay un plan explícito de recopilar datos.
 2. **Prueba de descuento de tarifas deslizantes:** Se aplicará un descuento de tarifas deslizantes a las cuentas de pacientes con ingresos a partir del ciento noventa por ciento (190 %) de las FPG, según lo publicado al momento en que se complete la solicitud, y hasta el cuatrocientos por ciento (400 %) de las FPG. Si el ingreso de un paciente es inferior a ciento noventa por ciento (190 %) de las FPG, este recibirá un descuento del 100 %.
 3. **Prueba del monto por lo general facturado (AGB, por sus siglas en inglés):** A cualquier paciente elegible para recibir asistencia financiera se le facturará no más de un monto determinado al multiplicar los cargos brutos de toda la atención médica de emergencia y los servicios médicamente necesarios que se le hayan provisto por el porcentaje del monto por lo general facturado (AGB, por sus siglas en inglés). Los fiadores con un ingreso familiar menor al 400 % de las Pautas Federales de Pobreza son elegibles para el descuento del AGB. El porcentaje del AGB significa el porcentaje que se calcula anualmente, el cual es igual a (i) el monto de dinero total de reclamaciones pagadas por toda la atención médica de emergencia y otros servicios médicamente necesarios durante el período de doce (12) meses que finaliza en diciembre de cada año, por Medicare y todas

las compañías de seguro médico privado como pagadores primarios, junto con cualquier porción asociada de esas reclamaciones adeudadas por parte de los beneficiarios de Medicare o personas aseguradas por copagos, coaseguros o deducibles, más cualquier suma total o pagos de ajustes relacionados a la atención de pacientes por Medicare u otros pagadores divididos entre (ii) los cargos brutos aplicables a todas las reclamaciones incluidas en el cálculo del monto bajo la cláusula (i). El porcentaje del AGB se aplicará a todas las cuentas de los solicitantes elegibles, con vigencia treinta (30) días después de la finalización del período de doce (12) meses que se utiliza para determinar el porcentaje del AGB. Solamente los servicios de emergencia o médicamente necesarios serán elegibles para su consideración en este cálculo.

4. **Prueba de ajuste al costo:** (Únicamente pacientes sin seguro). Los pacientes con un ingreso menor al ciento noventa por ciento (190 %) de las FPG recibirán un descuento del 100 %. En cuanto a los pacientes con un ingreso entre ciento noventa por ciento (190 %) y cuatrocientos por ciento (400 %) de las FPG, se aplicará un descuento igual a la diferencia entre los cargos en la cuenta y el ciento treinta y cinco por ciento (135 %) del costo. El costo se determinará mediante la aplicación de la proporción del costo de paciente hospitalario a los cargos del informe de costos de Medicare presentado más recientemente (Hoja de trabajo C Parte I). Anualmente se presentará una copia de la Hoja de trabajo C Parte I ante la Fiscalía General del Estado de Illinois. Fiadores con un ingreso familiar superior al cuatrocientos por ciento (400 %) de las FPG no calificarán. El importe máximo que se cobre en un período de 12 meses a un fiador elegible es de veinte (20 %) del ingreso bruto anual familiar. El periodo de tiempo comienza a partir de la primera fecha del servicio que se determine elegible para un descuento. Para que cualquier servicio posterior se incluya en el máximo, el paciente debe informar al hospital que ha recibido servicios previos en ese hospital, los cuales se determinados elegibles para descuento.

G. Determinación de elegibilidad y procesamiento de solicitudes:

Los pacientes que procuren asistencia financiera deberán presentar una solicitud por escrito para la determinación de elegibilidad. Esta solicitud debe incluir una solicitud completa y firmada, así como los anexos correspondientes que cubran los ingresos concernientes al fiador. Los niveles de ingreso serán verificados por el personal de asistencia financiera de Servicios Financieros del Paciente a través de comunicación directa. A los pacientes que presenten menos información de la requerida por la [Ley de Descuento para Pacientes no Asegurados de Illinois](#) (declaración de impuestos más reciente; formularios W-2 o 1099 más recientes, copias de las dos últimas boletas de nómina; o verificación por escrito de ingresos por parte del empleador; u otra forma razonable de verificación de ingresos por parte de un tercero) (**Anexo E**) se les notificará de la información que falte y seguirán recibiendo estados de cuenta hasta que la solicitud se considere completa. El no presentar la solicitud completa puede dar lugar a que la cuenta se derive a cobranzas. Las solicitudes de asistencia financiera completas se procesarán dentro de 7 días hábiles después de recibir la solicitud y la documentación requerida.

Criterios de elegibilidad para presuntas determinaciones: Los criterios de elegibilidad presunta establecidos más abajo se aplicarán a un paciente antes de, o tan pronto como sea razonablemente posible después de que el paciente reciba los servicios de atención médica de SBLHS y antes de la emisión de cualquier factura por esos servicios de atención médica. Además, antes de que se derive una cuenta para fines de cobranza, se hará una revisión final para determinar si las circunstancias conocidas del paciente en torno a su situación personal respaldan la conclusión de que cumplen los criterios de la presunta elegibilidad.

A continuación, se enumeran algunas situaciones específicas y comunes en las que un paciente puede ser elegible para recibir asistencia financiera, pero que no son posibles de documentar. Esta no es una lista integral. Pueden ocurrir situaciones únicas que sugieran que el paciente puede ser elegible para recibir asistencia financiera, las cuales no están incluidas en esta lista y que deben evaluarse en forma independiente.

1. Un paciente es un extranjero que se encontraba en el área por un periodo de tiempo limitado y que, a nuestro mejor entender, aparenta tener medios limitados. Podemos confirmar o creemos en forma razonable que el paciente ha regresado a su país y es cuestionable si regresará a esta área nuevamente. Además, no califica para ningún otro tipo de programa de asistencia.

2. El paciente falleció. No se ha presentado una legitimación en la jurisdicción local donde la persona residía. Es posible que haya o no haya familiares que podamos localizar. No hay programas de asistencia disponibles para cubrir los servicios prestados al paciente.
3. Se sabe que el paciente es una persona indigente.
4. Participación en programas estatales, tales como:
 - Cupones de alimentos;
 - Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés);
 - Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés);
 - Programa Nacional de Desayuno y Almuerzo Escolar de Illinois;
 - Programa de Asistencia para la Energía de Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP, por sus siglas en inglés);
 - Inscripción en un programa comunitario organizado que brinda acceso a atención médica, evalúa y documenta el estado financiero limitado de bajos ingresos como un criterio de membresía;
 - Recibo de asistencia de subvención para servicios médicos.
5. Una verificación de la situación crediticia indica que el paciente o el fiador tiene una alta probabilidad de calificar para recibir asistencia financiera.
6. El paciente es un estudiante a tiempo completo que está solo.
7. El paciente es una persona de menos de 25 años de edad que vive solo.
8. El paciente está mentalmente discapacitado, sin nadie que actúe a su nombre.
9. El paciente está discapacitado o desempleado.
10. El paciente es un anciano y no tiene Medicare o solamente tenía la Parte B de Medicare.
11. El paciente es elegible para Medicaid, pero no en la fecha del servicio o por un servicio sin cobertura.
12. El paciente tiene una enfermedad o lesión grave, o debilitante que podría hacer que una persona anteriormente empleada no pueda trabajar durante un período de tiempo prolongado (6 meses o más).

Las situaciones desencadenantes por sí solas no son una razón definitiva para otorgar la presunta beneficencia, pero son un indicador de que podría justificarse una mayor revisión de las circunstancias del paciente.

SBL podría obtener más información calificativa de otros recursos; consulte "Otros recursos para información calificativa" (**Anexo F**).

Las siguientes personas están autorizadas a examinar los hechos de un posible caso de presunta asistencia financiera y tomar una determinación en cuanto a si se aprueba el descuento de montos específicos:

13. \$1 a \$1,999 – Supervisor de Cuentas de Pacientes
14. \$2,000 a \$14,999 – Director de Servicios Financieros del Paciente
15. \$15,000 a \$39,999 – Director Financiero y Vicepresidente de Finanzas
16. Más de \$ 40,000 – Director Ejecutivo

Una vez que se tome una determinación afirmativa se documentará el presunto motivo. Si se cuenta con una dirección vigente, se notificará al paciente sobre la determinación.

Las siguientes personas están autorizadas a examinar los hechos de una solicitud de asistencia financiera (**Anexo C**) y a tomar una determinación en cuanto a si se aprueba el descuento de montos específicos.

17. \$1 a 5,000 - Personal de asistencia financiera
18. \$5,001 a \$15,000 – Director de Servicios Financieros del Paciente
19. \$15,001 a \$40,000 – Director Financiero y Vicepresidente de Finanzas
20. Más de \$ 40,001 – Director Ejecutivo

Después de que se reciba una solicitud completa, se notificará a los pacientes sobre la determinación de elegibilidad dentro de un período de tiempo razonable. También se informará al paciente sobre sus responsabilidades de acuerdo con estas pautas.

H. Rendición de cuentas y control interno:

1. La administración diaria de esta política de asistencia financiera será responsabilidad del Director de Servicios Financieros del Paciente y/o del Director Financiero/Vicepresidente de Finanzas. La asistencia financiera no compensada se calculará anualmente en el presupuesto operativo.
2. El Director de Servicios Financieros del Paciente es responsable de mantener registros diarios acumulados de toda la asistencia financiera brindada, de manera que se puedan preparar los informes mensuales para monitorear la experiencia de las instalaciones de SBLHS en la prestación de asistencia financiera.
3. Requerimiento de presentación: Junto con la presentación de la Hoja de trabajo C Parte I requerida por el hospital [Ley de Descuentos para Pacientes no Asegurados](#), se presentará un informe de asistencia financiera del hospital ante la Oficina de la Fiscalía General, el cual deberá incluir toda la información descrita en la Norma 77 IAC Artículo 4500.40 de Illinois, conforme se enmiende periódicamente.
4. A partir de la implementación de esta política, la Junta Directiva autoriza a la gerencia, por medio del presente, a sustituir los documentos adjuntos según se requieran actualizaciones.

I. Responsabilidades del paciente:

1. Se espera que los pacientes hagan un esfuerzo de buena fe por brindar toda la información requerida en la solicitud y como se define en la [Ley de Facturación Justa del Paciente de Illinois](#).
2. La adjudicación de asistencia financiera depende de que los pacientes soliciten todos los programas públicos viables que sean razonables debido a la situación de los pacientes, como por ejemplo, entre otros, Medicare, Medicaid, All Kids y el Programa de Seguro Médico para los Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) estatal, el Programa de beneficios de salud para inmigrantes o cualquier otro programa si hay una base razonable para creer que los pacientes que no tienen seguro pueden ser elegibles para estos programas. No se negará la atención médicamente necesaria si está pendiente la autorización para un programa público viable.
3. También se espera que los pacientes cooperen plenamente con la recuperación de una reclamación de responsabilidad, beneficios del seguro de automóviles, incluidos pagos médicos, beneficios de personas con seguro de cobertura insuficiente y no asegurados; reclamación de compensación de trabajadores, así como que ofrezcan la coordinación de beneficios e información preexistente a su plan de salud.
4. Los servicios que se detallan en el (**Anexo B**) no estarán cubiertos bajo el Programa de Asistencia Financiera para pacientes sin seguro ni para pacientes con seguro de cobertura insuficiente.
5. A fin de ser considerado para recibir un descuento en virtud de la política de asistencia financiera, una persona sin seguro o con seguro de cobertura insuficiente debe cooperar con SBLHS para brindar información y documentación necesarias para solicitar otros recursos financieros existentes, los cuales podrían estar disponibles para pagar su atención médica. No se negará la atención médicamente necesaria si está pendiente la autorización para otros recursos financieros existentes que puedan estar disponibles.
6. A fin de ser considerado para recibir un descuento según la política de asistencia financiera, una persona sin seguro o con seguro de cobertura insuficiente debe proporcionar al hospital información financiera y de otro tipo que sea necesaria para determinar su elegibilidad. Una solicitud incompleta no detendrá las actividades de facturación y cobranza. Solamente una solicitud completa, que incluya la documentación de respaldo, se considerará una petición de asistencia y hará que se suspenda el proceso de facturación y cobranza.
7. La solicitud de ayuda financiera en virtud de esta política debe hacerse por, o a nombre del paciente, a menos que este cumpla con uno o más de los requerimientos de elegibilidad presunta descritos más arriba. Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera y se les alienta a que lo hagan antes, durante o dentro de un tiempo razonable después de que se brinden los servicios médicos. En el caso de no calificar inicialmente para recibir asistencia financiera después de brindar la información y documentación necesarias, los pacientes pueden volver a aplicar si hay un cambio en sus ingresos o en la responsabilidad en cuanto al tamaño de su familia. Un paciente que califica para un descuento parcial debe cooperar

con el hospital para establecer un plan de pagos razonable acorde con la **Política de facturación y cobranzas de servicios financieros del paciente**, la cual toma en cuenta el ingreso disponible, el monto de las facturas con descuento y cualquier pago anterior.

8. Los pacientes sin seguro que califiquen para descuentos parciales deben hacer un esfuerzo de buena fe para cumplir con los planes de pago de sus facturas con descuento del hospital. Ellos son responsables de comunicarle al hospital cualquier cambio en su situación financiera que pueda afectar su capacidad para pagar sus facturas con descuento del hospital o para cumplir con las estipulaciones de sus planes de pago.