

Edward-Elmhurst Health
Política del Sistema
www.eehealth.org

Título de la Política: **FIN_011 Asistencia Financiera**

Manual: Sistema

Sección: Finanzas/Compras

Título del revisor: AVP, Ciclo de Ingresos

Ciclo de revisión: Cada 3 años

Las políticas y procedimientos son directrices y no son un sustituto del ejercicio del juicio individual. Si está leyendo una copia impresa de esta política, revise la versión en línea para asegurarse de que es la más actual.

Aplicabilidad:

EDWARD-ELMHURST HEALTH ("Sistema"). Esto incluye al Hospital Edward, Hospital Elmhurst Memorial, Hospital Linden Oaks, Prácticas de Médicos propios y afiliados.

Propósito / Declaración de la Política:

La misión de Edward-Elmhurst Health (EEH) es proporcionar servicios de atención médica con eficacia, confidencialidad y compromiso con la dignidad humana y el bienestar del individuo. Es tanto una filosofía como una práctica de EEH que todos los servicios médicos y de emergencia necesarios estén disponibles para todas las personas, independientemente de su capacidad de pago. EEH no hace diferencias entre la capacidad de una persona para cubrir los costos de la atención médica y la calidad de los servicios que proporciona sin importar raza, credo, color, sexo, nacionalidad, orientación sexual, impedimento o edad. EEH reconoce como parte de su misión la atención de los enfermos que son médica o financieramente indigentes, y asistirá a los pacientes que no pueden pagar una parte o toda la atención que reciban. Sin embargo, la necesidad de asistencia financiera de estos pacientes siempre se equilibra con una responsabilidad financiera más amplia para mantener abiertas las puertas de EEH para todos los que viven en su comunidad y requieren atención, ahora y en el futuro.

Esta Política establece las directrices y criterios para los programas de Asistencia Financiera de EEH. Cualquier asistencia financiera otorgada será aplicada bajo la responsabilidad del paciente únicamente para servicios de emergencia o servicios médicos necesarios. La intención de esta Política es cumplir con la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas, la Ley para Pacientes Hospitalarios no Asegurados de Illinois, y la Ley de Facturación Justa para los Pacientes de Illinois, y los reglamentos promulgados por estas.

Definiciones:

Prácticas de médicos afiliados: Una práctica sujeta a un Acuerdo de Servicios Profesionales mediante el cual EEH factura todos los servicios profesionales proporcionados por los proveedores de la práctica.

Cantidades facturadas en general: Los pacientes que califiquen para Asistencia Financiera no tendrán cargos por atención médica o de emergencia más allá de las cantidades facturadas en general (AGB) a los pacientes que tienen seguro. Consulte el Anexo C para conocer los niveles actuales.

Nivel federal de pobreza: Las directrices de pobreza establecidas en el Registro Federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos bajo el Título 42 USC Sección 9902.

Asistencia financiera / Atención de caridad: Se define como la atención brindada con un costo reducido o sin costo debido a la incapacidad del receptor para pagar dicha atención debido a no estar asegurado o tener un seguro insuficiente y tener ingresos y activos mínimos. Esta es una determinación financiera y no afectará la calidad o el nivel de la atención proporcionada.

Indigencia financiera: Pacientes que tienen medidas razonables de dificultades financieras.

Residente de Illinois: Un residente de Illinois es un paciente que vive en Illinois y que pretende seguir viviendo en Illinois de manera indefinida. La reubicación a Illinois con el único propósito de recibir los beneficios de atención médica no satisface el requisito de residencia bajo la Ley para Pacientes Hospitalarios no Asegurados de Illinois (“HUPDA”).

Endeudamiento: se define como las obligaciones financieras legales tanto aseguradas como no aseguradas, incluidos elementos como hipotecas, préstamos estudiantiles, préstamos para auto, otros préstamos comerciales, deudas en tarjetas de crédito y otras deudas médicas.

Residente legal de Illinois: Un residente legal de Illinois es un paciente que reside legalmente dentro de los Estados Unidos y que tiene su residencia principal en el estado de Illinois. En relación con los extranjeros, la “residencia legal” incluirá a las personas que tienen visas actualizadas y que son residentes permanentes y trabajadores temporales. La “residencia legal” no incluye a los extranjeros que tienen visas de visitante o de estudiante. Una relación con Illinois con el único propósito de recibir los beneficios de atención médica no cumple con el requisito de residencia bajo esta definición.

Indigente médico: Pacientes cuyo nivel de ingresos no los califica para asistencia financiera con base en los niveles federales de pobreza, pero que han incurrido en gastos catastróficos por servicios médicos necesarios. Los gastos médicos, en relación con sus ingresos, los convertirían en indigentes si tuvieran que pagar todos los cargos por sus gastos médicos.

Servicios médicamente necesarios: Cualquier servicio o servicios para pacientes ambulatorios u hospitalizados que estén cubiertos por el Título XXVIII de la Ley Federal de Seguridad Social y que sean médicamente necesarios. Los servicios médicamente necesarios no incluyen servicios no médicos como servicios sociales, educativos y vocacionales, así como cirugía cosmética opcional.

Valor neto: Se define como los activos líquidos que exceden el endeudamiento.

Plan de pagos: El plan que establece una serie de pagos iguales durante un periodo extendido para satisfacer los montos de las facturas adeudadas por el paciente.

Presunta elegibilidad: En lugar de una solicitud de asistencia financiera para el paciente, los criterios usados para considerar elegible a un paciente para asistencia financiera.

Activos calificados: Los activos monetarios que se toman en cuenta como ingresos del paciente para determinar si el paciente cumplirá con la elegibilidad de ingresos para el programa. Para los propósitos de esta Política, los “Activos calificados” significan el 50% de los activos monetarios del paciente que excedan de \$10,000, incluido dinero en efectivo, bonos, cuentas de ahorros u otras cuentas bancarias, pero sin incluir los planes de retiro calificados por el IRS y los planes de compensación diferida. Ciertos bienes raíces o activos tangibles (residencias primarias, automóviles, etc.) no serán incluidos como “Activos calificados”; sin embargo, serán incluidas las residencias adicionales en exceso de la única residencia principal, así como los vehículos recreativos. Los “Activos calificados” no incluirán los montos principales de fondos contenidos dentro de una cuenta para el retiro reconocida por el IRS, tales como las cuentas para el retiro IRA, 401K, 403B.

Paciente con seguro insuficiente: Un paciente con seguro o cobertura médica, pero que enfrenta deducibles altos, coaseguro y/o grandes gastos de su bolsillo.

Descuento para no asegurados: En relación con los servicios médicos necesarios brindados a un paciente sin seguro, se aplica un descuento después de que se han incurrido los cargos. El descuento para no asegurados aplica para pacientes elegibles cuyos ingresos son menores al 600% del Nivel Federal de Pobreza (FPL). EEH también puede brindar descuentos a personas que han sido verificadas como elegibles a través de programas locales de acceso a la salud contratados. Estos descuentos serán identificados como atención de caridad.

Paciente sin seguro: Un paciente que no tiene una cobertura de un tercero de parte de un asegurador médico, un plan de servicios de atención médica, Medicare o Medicaid, o que no es elegible para los programas financiados por el estado, o cuyas lesiones no son compensables para propósitos de la compensación de los trabajadores, seguro de automóvil, y otros seguros según está determinado y documentado.

Procedimiento:

DESCUENTO PARA NO ASEGURADOS:

1. Los pacientes sin seguro que no solicitan asistencia financiera pueden recibir un descuento. La determinación de un descuento para no asegurados aplica para servicios a pacientes ambulatorios y pacientes hospitalizados.
2. La determinación de elegibilidad para un descuento para no asegurados se basa en una presunta revisión que usa tecnología sofisticada, las excepciones a esta Política están descritas en el Anexo A.
3. El descuento para no asegurados será calculado como sigue para los cargos hospitalarios, estos serán descontados al 135% del costo. El costo se determina aplicando la relación del costo a los cargos (RCC) del informe de costos de Medicare registrado más recientemente a la factura del paciente sin seguro. La fórmula real para el descuento es $[1-(RCC \times 1.35)] \times \text{cargos}$. El descuento será documentado como atención de caridad.
4. La cantidad máxima de servicios hospitalarios que puede ser recuperada en un periodo de 12 meses es del 25% del ingreso familiar del paciente. La fecha de vigencia empieza el primer día que el paciente califica para el descuento para no asegurados. Los pacientes que incurren en saldos mayores al 25% del ingreso familiar del paciente serán considerados como médicamente indigentes.
5. Los pacientes que no son elegibles para un descuento para no asegurados debido a que sus ingresos exceden el 600% del nivel de pobreza pueden ser elegibles para asistencia financiera si se determina que cumplen con la definición de médicamente indigentes.
6. Los pacientes que califican para el descuento para no asegurados, pero que no pueden pagar el saldo remanente de la cuenta, también pueden calificar para planes de pagos.

ASISTENCIA FINANCIERA:

1. La elegibilidad para asistencia financiera será considerada para aquellas personas que no están aseguradas o tienen un seguro insuficiente y que no pueden pagar por su atención, con base en una determinación de necesidad financiera de acuerdo con esta Política.
 2. Para los propósitos de esta política, los siguientes servicios médicos son elegibles para asistencia financiera:
 - a. Servicios médicos de emergencia proporcionados en el entorno de una sala de emergencias.
 - b. Servicios médicamente necesarios.
 - c. Servicios no opcionales proporcionados en respuesta a circunstancias que amenacen la vida en un entorno fuera de una sala de emergencias.
 3. Si un paciente busca una atención diferente de los servicios de emergencia cubiertos por un HMO o PPO y Edward-Elmhurst Health no sea un proveedor de la red, entonces el paciente deberá ser dirigido a buscar atención de sus proveedores participantes y no será elegible para la Asistencia Financiera. La Asistencia Financiera no está disponible para costos fuera de la red.
 4. La determinación de elegibilidad para asistencia financiera se basa en una presunta revisión usando un programa de software sofisticado o una solicitud completa con la documentación requerida; una revisión de los ingresos anuales brutos, gastos y activos del paciente para determinar si el paciente tiene los medios adecuados para pagar su factura del hospital. Todos los solicitantes de asistencia financiera serán residentes legales de Illinois.
 5. El criterio de descuento de asistencia financiera para pacientes no asegurados se basa en el 200% a 600% del Nivel Federal de Pobreza (FPL). Los pacientes no asegurados cuyos ingresos sean menores del 200% calificarán para un descuento del 100%. Los pacientes sin seguro cuyos ingresos excedan del 200%, pero sean menores del 600% del FPL, calificarán para un descuento con base en las Cantidades Facturadas en General (AGB) del Anexo C. Para los pacientes con seguro insuficiente, el criterio de descuento se basa en el 200% a 300% del Nivel Federal de Pobreza (FPL). Los pacientes con seguro insuficiente cuyos ingresos sean menores del 200% del FPL calificarán para un descuento del 100% sobre los montos adeudados después de que el seguro pague su parte. Los pacientes con seguro insuficiente cuyos ingresos excedan del 200%, pero sean menores del 300%, recibirán un porcentaje de descuento con base en las Cantidades Facturadas en General (AGB) del Anexo C. Los pacientes con seguro insuficiente cuyos ingresos excedan del 300% son elegibles para otras formas de asistencia, como planes de pagos o descuentos en pagos completos. Tanto en el caso de los descuentos para no asegurados como con seguros insuficientes, la prueba de Activos calificados será agregada al ingreso anual.
 6. Las solicitudes aprobadas estarán activas durante seis (6) meses a partir de la fecha del aviso de aprobación. A los pacientes que se les otorga menos del 100% de descuento con base en una solicitud aprobada anterior durante este periodo de seis meses se les notificará que su descuento se basó en una solicitud aprobada anterior y acerca de cómo solicitar una asistencia más generosa, y se les dará un periodo razonable para solicitar dicha asistencia. Los pacientes tendrán 240 días a partir de la fecha de la primera factura después de ser dados de alta por un episodio de atención para solicitar la asistencia para esa atención. La determinación de que un paciente es elegible para asistencia financiera con base en una solicitud completa se aplicará a (y únicamente a) todas las facturas iniciales después de ser dado de alta emitidas durante el periodo de 240 días anteriores a la recepción de dicha
-

solicitud. En ningún momento, los pagos esperados por esa atención del paciente excederán las Cantidades Facturadas en General (AGB) del Anexo C.

7. Los pacientes serán notificados por escrito acerca de la decisión sobre la solicitud completada.
8. Si la cantidad que el paciente es responsable de pagar (es decir, en la forma de deducibles, montos de coaseguros, copagos u otras cantidades pagadas por él mismo) exceden las AGB después de aplicar los porcentajes de descuento, la factura del paciente se reducirá más hasta las AGB.

PRESUNTA ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA FINANCIERA

EEH puede usar una plataforma flexible de evaluación para las solicitudes no realizadas que use múltiples variables demográficas, de comportamiento y financieras para realizar una revisión financiera integral y determinar la elegibilidad para asistencia financiera y descuento en lugar de los datos proporcionados por el paciente. Se utilizan varias fuentes de datos, incluidos datos históricos, datos de censos y datos de informes de crédito. Los resultados serán entregados de manera oportuna y eficaz, permitiendo que el hospital extienda los descuentos adecuados y conserve la documentación para auditoría. No hay ninguna afectación por el informe de crédito. El uso de dicha tecnología permite que EEH revise a tantos pacientes como sea posible para la asistencia financiera, en cumplimiento de la Ley de Atención Médica Asequible. En el caso en que EEH presuntamente determine que un paciente es elegible para menos asistencia financiera que la cantidad total, le dará al paciente una oportunidad para demostrar que él o ella califican para una asistencia mayor mediante la notificación al paciente de que él o ella han sido presuntamente determinados para ser elegibles para asistencia financiera con base en la metodología descrita anteriormente y acerca de cómo él o ella pueden solicitar una asistencia mayor bajo esta Política.

La presunta elegibilidad puede ser determinada con base en las circunstancias de vida individuales que pueden incluir las siguientes:

- Falta de vivienda
- Fallecimiento sin activos
- Incapacidad mental sin nadie que actúe a nombre del paciente
- Elegibilidad para Medicaid, pero no en una fecha del servicio o para servicios no cubiertos
- Inscripción en los siguientes programas de asistencia para individuos con bajos ingresos que tienen los criterios de elegibilidad del 200% o menos de las Directrices Federales de Pobreza.
 - Programa de nutrición para mujeres, bebés y niños (WIC)
 - Programa de Asistencia de Nutrición Complementaria (SNAP)
 - Programa de Almuerzos y Desayunos Gratis de Illinois
 - Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)
 - Programa organizado basado en la comunidad que provee acceso a atención médica que evalúa y documenta como criterio el estado financiero de bajo ingreso limitado
 - Recibir asistencia subvencionada para servicios médicos
 - Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
 - Programa de Apoyo para Renta de Vivienda de la Autoridad de Desarrollo de Vivienda de Illinois
- Bancarrota personal reciente
- Encarcelamiento en una institución penal
- Afiliación a una orden religiosa y voto de pobreza

SOLICITUD PARA ASISTENCIA Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:

1. Completar la "Solicitud para Determinación de Elegibilidad para Asistencia Financiera".
2. Cooperar con EEH para proporcionar la información y documentación necesaria para solicitar la Ayuda pública u otros programas de financiamiento que podrían estar disponibles para pagar los servicios médicos. Si la solicitud para otras ayudas públicas u otra cobertura es negada subsecuentemente por la falta de cooperación del paciente, EEH también puede negar una solicitud de Asistencia Financiera.
3. Proporcionar documentos financieros y de otro tipo necesarios para determinar la elegibilidad para asistencia financiera dentro de los treinta (30) días posteriores a la solicitud de dicha información.
4. Si se aprueba el descuento parcial, cooperar con EEH para establecer un plan de pagos razonable que tome en cuenta el ingreso y los activos disponibles, el monto de la factura con descuento y cualquier pago previo.
5. Si se establece el plan de pagos, informar oportunamente a EEH sobre cualquier cambio en las circunstancias que alteren la capacidad del paciente para cumplir con el plan de pagos.

CÁLCULO DE LOS MONTOS CARGADOS A LOS PACIENTES

1. Los pacientes que califiquen para la asistencia financiera no tendrán cargos por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria más allá de las cantidades facturadas en general (AGB) para los pacientes que tienen cobertura de seguro. Se usará el método de antecedentes para determinar el AGB. Los porcentajes de las AGB se calculan de la siguiente manera:
-

-
- a. Numerador: la suma de todos los reclamos durante el periodo de 12 meses previos por la tarifa por servicio de Medicare y todos los aseguradores médicos privados que pagan reclamos a las instalaciones del hospital; y
 - b. Denominador: la suma de los cargos brutos asociados de esos reclamos
2. Los porcentajes de las AGB serán calculados anualmente y se usarán dentro de los 120 días posteriores al término del periodo de 12 meses que se usó para calcular las cantidades facturadas en general.
 3. En el Anexo C se presentan los porcentajes calculados y vigentes de las AGB para cada hospital.
 4. EEH no hará cargos a una persona elegible para asistencia bajo esta política por un monto igual o superior a los cargos brutos por cualquier atención médica cubierta bajo esta póliza.

PRÁCTICAS DE COBRANZA DE EEH EN CASO DE FALTA DE PAGO:

1. EEH tiene el derecho de realizar cobranzas directamente o trabajando con una agencia de cobranza externa. No se iniciará ninguna actividad de cobranza externa en contra de los pacientes sin seguro durante al menos ciento veinte (120) días después de que una instalación de EEH proporcione el primer estado de cuenta de facturación posterior a la alta del paciente.
 - a. Antes de realizar actividades de cobranza externa, los pacientes serán notificados de esta Política mediante un resumen de esta Política en lenguaje sencillo; haciendo referencia a la Política en los estados de cuenta de facturación; y al menos un aviso por escrito que explique las “acciones extraordinarias de cobranza” (descritas más adelante) que EEH o su agencia de cobranza externa pretenden tomar con al menos treinta (30) días de anticipación a dichas acciones. Este aviso escrito también indicará que hay asistencia financiera disponible, incluirá el resumen en lenguaje sencillo como un anexo, y establecerá la fecha después de la cual se realizarán acciones extraordinarias de cobranza.
 - b. EEH o su agente de cobranza externo también harán esfuerzos razonables para notificar de manera verbal a los pacientes acerca de esta Política y cómo la persona puede obtener asistencia con los procesos de solicitud bajo esta Política al menos treinta (30) días antes de iniciar cualquier acción extraordinaria de cobranza.
 - c. Los pacientes pueden enviar solicitudes de asistencia financiera hasta doscientos cuarenta (240) días después de que se envió el primer estado de cuenta de facturación posterior a la alta del paciente. Si se reciben dentro de este periodo, EEH suspenderá las acciones de cobranza y evaluará la elegibilidad del paciente para la asistencia. Si un paciente envía una solicitud de asistencia financiera durante el periodo permitido de 240 días y esta no está completa, EEH proporcionará un aviso por escrito describiendo la información y/o documentación adicional que se requiere para completar la solicitud, e incluirá la información de contacto de la oficina o departamento que puede proporcionar la información acerca de esta Política y apoyar con el proceso de solicitud.
 2. Se cumplirá con la ley de prácticas justas de cobranza de deudas cuando se pretendan cobrar los pagos de todos los pacientes, incluidos pacientes que reciben descuentos de asistencia financiera y se solicitará que las agencias de cobranza externas hagan lo mismo.
 3. No se tomarán acciones legales por la falta de pago de facturas contra pacientes o partes responsables que hayan demostrado que no tienen suficientes ingresos o activos para pagar estas facturas.
 4. EEH o su agencia de cobranzas externa pueden tomar las siguientes acciones de cobranza que se describen como “acciones de cobranza extraordinarias” en Treas. Reg. § 1.501(r) -6(b):
 - a. Entregar información adversa acerca de la persona a agencias de información de crédito del consumidor o burós de crédito; y
 - b. Acción legal, incluyendo comenzar una demanda legal de cobranza y buscar remedios como embargos salariales y retención y adjudicación de propiedades si existe evidencia de que el paciente o la parte responsable tiene ingresos y activos suficientes para cumplir con su obligación financiera.
 5. En relación con una propiedad inmueble, no se tomarán acciones legales ni retenciones para forzar la venta de la residencia principal del paciente para pagar una factura médica pendiente.
 6. Todos los agentes de cobranza, tanto internos como externos, contratados para obtener el pago de facturas pendientes seguirán las directrices descritas anteriormente y tendrán que obtener una autorización del Director de Cuentas del Paciente antes de tomar cualquier acción legal en contra de cualquier paciente o parte responsable.
 7. EEH hará lo siguiente si determina que el paciente es elegible para asistencia bajo esta Póliza en relación con cualquier atención:
 - a. Si un descuento es menor que el descuento total, proporcionará al paciente un estado de cuenta de facturación actualizado que indique el monto adeudado por el paciente por la atención después de aplicar el descuento y cómo se determinó dicho monto y que indique el AGB por la atención.
 - b. Rembolsará al paciente cualquier cantidad que haya pagado por la atención (ya sea a EEH o a su agente de cobranza externo) que exceda la cantidad que se determinó que él o ella son responsables de pagar personalmente después de aplicar la asistencia, a menos que el monto en exceso sea menor de \$5.
 - c. Tomará todas las medidas razonables disponibles para revertir cualquier acción de cobranza extraordinaria que se haya tomado en contra del paciente para obtener el pago por la atención, incluidas medidas para revocar cualquier juicio en contra del paciente, cancelar cualquier gravamen o embargo sobre la propiedad del paciente,
-

y eliminar cualquier información adversa en el informe de crédito del paciente que se haya informado a una agencia de información del consumidor o buró de crédito.

FACTURAS DE OTROS PROVEEDORES

Esta Política de Asistencia Financiera aplica a los servicios proporcionados por Edward-Elmhurst Health. Siendo paciente dentro de nuestras instalaciones, otros proveedores también pueden brindarle atención. Estos otros proveedores no están vinculados por nuestra política, por lo tanto, es posible que tenga que trabajar directamente con sus oficinas para abordar cualquier asunto relacionado con la facturación. Estos otros proveedores están enumerados en el Anexo A.

AVISO PÚBLICO

1. El Aviso de la Política de Asistencia Financiera está publicado en los departamentos de emergencias y en todas las áreas de registro en los hospitales y clínicas fuera del sitio. La información acerca de la Política de Asistencia Financiera también estará en el sitio web del hospital.
 - a. Se proporcionará una copia de la Política de Asistencia Financiera a cualquier persona del público que la solicite.
 - b. Las preguntas acerca de la asistencia financiera, cómo solicitar la asistencia, descuentos para pacientes sin seguro o cómo recibir copias en papel de nuestra política y o solicitud pueden dirigirse al 630-527-5307 en el Hospital Edward o al 331-221-6740 en el Hospital Elmhurst Memorial. Para cualquier otra pregunta relacionada con la facturación, comuníquese con nuestro Departamento de Cuentas del Paciente al 630-527-3100 en Edward o al 331-221-6600 en el Hospital Elmhurst. Para recibir asistencia de una persona, visite al asesor financiero en Edward o Elmhurst.
 - c. Esta Política está en Inglés y en Español, los dos idiomas principales que cubren el área de servicio de Edward-Elmhurst Health. Realizaremos una revisión anual del idioma principal proporcionado por los pacientes al registrarse para garantizar que nuestra política sea traducida a cualquier idioma que cubra un mínimo de 1,000 o más individuos, o al menos el 5% de la población ubicada en el área de servicio de los hospitales, o que sea más probable que esté afectada o encontrada por el hospital.
2. Se deberá preparar un informe mensual que enumere el total de dólares de descuentos para no asegurados y de asistencia financiera y será enviado para informar al Comité Financiero de la Corporación de Servicios de EEH.

ANEXOS:

ANEXO A

Excepciones de proveedor de EEH: Revisión automatizada de la presunta elegibilidad

Se harán determinaciones de elegibilidad a través del llenado del “cuestionario de no asegurado” para los servicios proporcionados por las siguientes entidades.

1. Edward Health Ventures, que opera bajo los nombres comerciales de Edward Medical Group, Edward Hematology Oncology Group, Edward-Elmhurst Surgical Oncology Group, Edward Neuroscience Institute, Elmhurst Neuroscience Institute, Elmhurst Memorial Medical Group y Linden Oaks Medical Group
2. Elmhurst Memorial Healthcare, que opera bajo los nombres comerciales de Elmhurst Clinic y Elmhurst Medical Associates,

El paciente o parte responsable del pago son responsables de hacer la solicitud de descuento. También se podrá necesitar una revisión del ingreso bruto anual del paciente y la cantidad de excepciones que se identificaron en la declaración de impuestos 1040 más reciente. Se podrá revisar la información de activos según cada caso para determinar si el paciente es elegible para un descuento para no asegurado.

El descuento para no asegurados será un porcentaje de los cargos facturados con base en el Descuento para Pacientes Hospitalarios no Asegurados de EEH por los servicios proporcionados y por las entidades mencionadas más adelante en el Anexo B.

ANEXO B

OTROS PROVEEDORES QUE BRINDAN SERVICIOS EN INSTALACIONES DE EEH Y NO ESTÁN VINCULADOS POR LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE EEH

1. Cardiac Surgery Associates, S.C.
2. DuPage Medical Group, Ltd.
3. DuPage Neonatology Associates, S.C.
4. Fox Valley Radiation Oncology, LLC.
5. Laboratory and Pathology Associates
6. Laboratory and Pathology Diagnostics
7. DuPage Valley Anesthesiology Ltd.
8. Naperville Radiologists, S.C.
9. Pediatric Critical Care Specialists, P.C.
10. Breg Inc.
11. Elmhurst Anesthesiology (Anesthesia Business Consultants)
12. Suburban Surgical Associates, Ltd.
13. Elmhurst Emergency Medical Services (Millennium Medical Management)
14. Elmhurst Radiology (Physician Support Services)
15. Elmhurst Radiology (McKesson)
16. Associated Pathology Consultants (Med Data)

Anexo C

Cantidades Facturadas en General (AGB)

7/1/2018 Hospital Edward 77% Hospital Elmhurst Memorial 78% Hospital Linden Oaks 56%
9/28/2019 Hospital Edward 79.45% Hospital Elmhurst 80.81% Hospital Linden Oaks 59.07%

Referencias cruzadas

Número de Política:	FIN_011
La Póliza actual reemplaza a:	Hospital Edward FINL_011 Determinación de Asistencia Financiera
Fecha de creación de la Política:	02/02/2016
Fecha de vigencia más reciente:	06/04/2019
Aprobado por:	Comité de la Política del Sistema 06/10/2016; 06/04/2019