

# **Política de Edward – Elmhurst Health System**

[www.eehealth.org](http://www.eehealth.org)

Manual:	Sistema
Sección:	Finanzas
N.º de política:	FIN_011
-----	-----
Revisor:	AVP, Revenue Cycle
	Firma del revisor

*Las políticas y los procedimientos son pautas, y no sustituyen el uso del juicio individual. Si usted está leyendo una copia impresa de esta política, asegúrese de que sea la copia más actualizada verificando la versión en línea.*

## **POLÍTICA: ASISTENCIA FINANCIERA**

### **Aplicabilidad:**

EDWARD-ELMHURST HEALTH («Sistema»). Incluye a Edward Hospital, Elmhurst Memorial Hospital y Linden Oaks Hospital.

La misión de Edward-Elmhurst Health (EEH) es prestar servicios de salud de calidad con eficiencia, sensibilidad y compromiso con la dignidad humana y el bienestar de las personas. Es tanto una filosofía como una práctica de EEH que todos los servicios de emergencia y los servicios necesarios desde la perspectiva médica estén disponibles para todas las personas, más allá de su capacidad de pago. EEH no hace ninguna diferencia entre la capacidad de una persona para cubrir los costos de atención médica y la calidad de los servicios que presta más allá de raza, credo, color, sexo, origen nacional, orientación sexual, discapacidad o edad. EEH reconoce como parte de su misión el cuidado de los enfermos que padecen indigencia médica o financiera, y ayudará a los pacientes que no pueden pagar por parte de todo el cuidado que reciben. Sin embargo, la necesidad de asistencia financiera para los pacientes siempre se equilibra con una responsabilidad financiera más amplia de mantener las puertas de EEH abiertas para todos los que viven en su comunidad y pueden necesitar atención, en el presente y en el futuro.

La presente política establece los lineamientos y criterios para los programas de asistencia financiera de EEH. Toda la asistencia financiera otorgada se aplicará a la responsabilidad del paciente solo por servicios de emergencia u otros servicios necesarios desde el punto de vista médico. La intención de la presente política es cumplir con la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas, la Ley de Descuento para Pacientes Sin Seguro en Hospitales de Illinois, la Ley de Facturación Justa para Pacientes de Illinois, y los reglamentos promulgados en virtud de esas leyes.

### **Definiciones:**

**Montos que se facturan por lo general:** A los pacientes que califiquen para recibir asistencia financiera no se les cobrará más por la atención médica o de emergencia que los montos que generalmente se facturan (AGB) a los pacientes que tienen seguro.

**Nivel federal de pobreza:** Las pautas de pobreza establecidas en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos.

**Asistencia financiera/cuidados caritativos:** Se define como la atención prestada a un costo reducido o nulo debido a la incapacidad del beneficiario para pagar por dicha atención debido a que no tiene seguro o tiene un seguro insuficiente, y a que sus ingresos y activos son mínimos. La asistencia financiera es una determinación financiera y de ninguna manera afectará la calidad o el nivel de la atención proporcionada.

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

**Residentes de Illinois:** Un residente de Illinois es un paciente que vive en Illinois y que tiene la intención de vivir en Illinois indefinidamente. La reubicación a Illinois con el único propósito de recibir beneficios de atención médica no satisface el requisito de residencia según la Ley de Descuento para Pacientes Sin Seguro en Hospitales de Illinois (HUPDA).

**Endeudamiento:** se define como las obligaciones financieras legales, tanto garantizadas como no garantizadas, que incluyen elementos como hipotecas, préstamos estudiantiles, préstamos para automóviles, otros préstamos comerciales, deudas de tarjetas de crédito y otras deudas médicas.

**Residentes legales 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. Para los extranjeros, el concepto de «residencia legal» incluirá a las personas que tienen visas vigentes y que son residentes permanentes y trabajadores temporales. La expresión «residencia legal» no incluirá a los extranjeros que tengan visas de visitante o de estudiante. La relación con Illinois con el único propósito de recibir beneficios de atención médica no satisface el requisito de residencia establecido en esta definición.

**Indigencia médica:** Hace referencia a los pacientes cuyo nivel de ingresos no permite que califiquen para recibir asistencia financiera a partir de los niveles federales de pobreza, pero quienes han incurrido en cargos considerables por servicios necesarios desde el punto de vista médico. Los gastos médicos, en relación con sus ingresos, los harían indigentes si ellos tuvieran que pagar por el costo total.

**Servicios necesarios desde el punto de vista médico:** Todos los servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios que estén cubiertos y se consideren necesarios desde el punto de vista médico según el Título XXVIII de la Ley Federal del Seguro Social. Los servicios necesarios desde el punto de vista médico no incluyen servicios no médicos, como servicios sociales, educativos, vocacionales y cirugía estética electiva.

**Valor neto:** Se define como activos líquidos en exceso del endeudamiento.

**Plan de pago:** Plan que establece una serie de pagos iguales durante un período de tiempo prolongado para satisfacer los montos facturados que debe pagar el paciente.

**Activos que califican:** Activos monetarios que se cuentan como parte de los ingresos del paciente para determinar si el paciente cumplirá con los requisitos de calificación para el programa. Para propósitos de

esta política, el término «activos que califican» significará el 50 % de los activos monetarios del paciente en exceso de \$10,000, que incluyen efectivo, acciones, bonos, cuentas de ahorros u otras cuentas bancarias, pero que no incluyen los planes de jubilación calificados del IRS ni los planes de compensación diferida. Hay bienes inmuebles o activos tangibles determinados (residencias primarias, automóviles, etc.) que no se incluirán en los «activos que califican»; sin embargo, sí se incluirán las residencias adicionales en los casos que haya más de una sola residencia primaria, así como los vehículos recreativos. Los «activos que califican» no incluirán los montos principales de fondos contenidos dentro de una cuenta de jubilación reconocida por el IRS, como las cuentas IRA, 401K, 403B de jubilación.

**Paciente subasegurado:** Un paciente con seguro o cobertura de salud, pero que enfrenta altos deducibles, coaseguros o grandes gastos de bolsillo.

**Descuento para no asegurados:** Con respecto a los servicios médicos necesarios prestados a un paciente no asegurado, se aplica un descuento después de incurrir en los cargos. El descuento por falta de seguro se aplica a los pacientes elegibles cuyos ingresos sean inferiores al 600 % del nivel federal de pobreza (FPL). EEH también puede ofrecer descuentos a las personas verificadas como elegibles a través de programas locales de acceso a la salud contratados. Estos descuentos se identificarán como cuidados caritativos.

**Paciente subasegurado:** Un paciente que no tiene cobertura de terceros de una empresa de seguros de salud, un plan de servicio de atención médica, Medicare o Medicaid, o que no califica para programas financiados por el estado, o cuya lesión califica para su compensación por indemnización laboral, el seguro de automóvil u otro seguro según se determine y documente.

## ***Procedimiento:***

### **DESCUENTO PARA NO ASEGURADOS:**

1. A los pacientes sin seguro que no soliciten asistencia financiera se les puede conceder un descuento. La determinación de un descuento por falta de seguro se aplica tanto a los servicios para pacientes hospitalizados como para pacientes ambulatorios.
2. La determinación de la elegibilidad para un descuento por falta de seguro se basa en una revisión presunta con tecnología sofisticada; y las excepciones a esta política se describen en el anexo B.
3. El descuento por falta de seguro se calculará de la siguiente manera para los cargos de hospital: se descontarán al 135 % del costo. El costo se determina aplicando la ración de costo a los cargos (RCC) del último informe de costos de Medicare presentado para la factura del paciente no asegurado. La fórmula real para el descuento es  $[1-(RCC \times 1.35)] \times \text{cargos}$ . Estos descuentos se documentarán como cuidados caritativos.
4. La cantidad máxima que se puede cobrar en un período de 12 meses por servicios hospitalarios representa el 25 % de los ingresos de la familia del paciente. La fecha de entrada en vigor comienza en la primera fecha en que el paciente califica para el descuento por falta de seguro.
5. Los pacientes que no son elegibles para un descuento por falta de seguro porque sus ingresos exceden el 600 % del nivel de pobreza pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera si se determina que cumplen con la definición de indigencia médica.

6. Los pacientes que califican para el descuento por falta de seguro pero que no pueden pagar el saldo restante de la cuenta también pueden calificar para los planes de pago.

### **ASISTENCIA FINANCIERA:**

1. La elegibilidad para recibir asistencia financiera será considerada para todas las personas que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente, y que no pueden pagar por su cuidado, a partir de una determinación de necesidad financiera de acuerdo con esta póliza.
2. Para los fines de esta política, los siguientes servicios de atención médica califican para recibir asistencia financiera:
  - a. Servicios médicos de emergencia prestados en el entorno de la sala de emergencias.
  - b. Servicios necesarios desde el punto de vista médico, evaluados caso por caso a discreción de EEH.
  - c. Servicios no electivos proporcionados en respuesta a circunstancias que ponen en peligro la vida en un entorno que no es la sala de emergencia.
3. Si un paciente que busca atención médica que no sea de emergencia está cubierto por un HMO o PPO y Edward-Elmhurst Health no es un prestador dentro de la red, entonces se debe dirigir al paciente a obtener atención de sus prestadores participantes y no será elegible para recibir asistencia financiera. La asistencia financiera no está disponible para los costos fuera de la red.
4. La determinación de la elegibilidad para recibir asistencia financiera se fundamenta en, ya sea en una revisión presunta con 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 tiene los medios adecuados para pagar la factura del hospital. Todos los solicitantes de asistencia financiera deben ser residentes legales de Illinois.
5. La determinación de que un paciente califica para recibir asistencia financiera afectará solo el saldo de la cuenta del paciente a partir de la fecha de recepción de la solicitud completa de acuerdo con la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas.
6. El criterio de descuento de asistencia financiera para pacientes sin seguro se basa en del 200 % al 600 % del nivel federal de pobreza (FPL). Los pacientes cuyos ingresos sean inferiores al 200 % tendrán derecho a un descuento del 100 %. Los pacientes cuyos ingresos superan el 200 % pero equivalen a menos del 600 % del FPL calificarán para un descuento de escala variable, como se muestra en la tabla de determinación de asistencia financiera que se muestra a continuación. Para los pacientes subasegurados, el criterio de descuento se basa en del 200 % al 300 % del nivel federal de pobreza. Los pacientes cuyos ingresos sean inferiores al 200 % del FPL tendrán derecho a un descuento del 100 % en las cantidades adeudadas después de que el seguro pague su parte. Los pacientes cuyos ingresos superen el 200 % pero sean inferiores al 300 % recibirán un 25 % de descuento en las cantidades adeudadas después de que el seguro pague su parte. Los pacientes subasegurados cuyos ingresos superan el 300 % califican para otras formas de asistencia, como planes de pago o descuentos por pago total. Los detalles tanto del descuento por falta de seguro como del descuento por seguro insuficiente se detallan a continuación, junto con los pagos máximos esperados a partir de los ingresos anuales del hogar. Tanto en el caso de los descuentos por falta de seguro como por seguro insuficiente, la prueba de los activos que califican se agregará al ingreso anual.
7. Las solicitudes aprobadas están activas durante seis (6) meses a partir de la fecha de la notificación de aprobación. Los pacientes tendrán 240 días para solicitar asistencia. En ningún momento los

pagos esperados para cuentas sin seguro excederán los montos que generalmente se facturan (AGB).

8. Los pacientes serán notificados por escrito sobre la decisión de la solicitud completa.

Tabla de determinación de asistencia financiera:

Descuento por falta de seguro:

Pago esperado	Pago máximo esperado (de ingreso anual)	% de FPL		
			-	
Se cubre el 100 %	\$0	0%	-	200%
100 % del costo	10%	201%	-	300%
100 % del costo	15%	301%	-	400%
135 % del costo	25%	401%	-	600%

Descuento por seguro insuficiente:

Pago esperado	Pago máximo esperado (de ingreso anual)	% de FPL		
			-	
Se cubre el 100 %	\$0	0%	-	200%
75 % de OOP	10%	201%	-	300%

### **ELEGIBILIDAD PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA PRESUNTA**

EEH puede usar una plataforma de evaluación flexible para solicitudes no presentadas a tiempo que utiliza múltiples variables demográficas, conductuales y financieras para realizar una revisión financiera integral y determinar la asistencia financiera y la elegibilidad para descuentos en lugar de los datos proporcionados por el paciente. Se utilizan varias fuentes de datos, incluidos datos históricos, datos de censo y datos del informe de crédito. Los resultados se entregan de manera oportuna y eficiente, lo que permite al hospital extender los descuentos apropiados y mantener la documentación para la auditoría. No hay impacto en el informe de crédito. El uso de dicha tecnología permite a EEH analizar el mayor número posible de pacientes para que obtengan asistencia financiera, de acuerdo con la Ley de Atención Médica Asequible. En caso de que EEH determine presuntamente que un paciente califica para recibir un servicio menor que la asistencia financiera por el monto total, le dará al paciente la oportunidad de demostrar que califica para recibir más asistencia al notificarle que puede solicitar más asistencia de acuerdo con esta política.

### **SOLICITUD DE ASISTENCIA Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:**

1. Completar la «solicitud de determinación de elegibilidad para asistencia financiera».
2. Cooperar con EEH para proporcionar la información y documentación necesarias para solicitar asistencia pública u otros programas financieros que puedan estar disponibles para pagar por los servicios de atención médica. Si se rechaza una solicitud de otro tipo de asistencia pública u otra cobertura por falta de cooperación del paciente, EEH también puede denegar una solicitud de asistencia financiera.

3. Proporcionar los documentos financieros y de otro tipo necesarios para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera dentro de los treinta (30) días siguientes a la solicitud de dicha información.
4. Si se aprueba un descuento parcial, coopera con EEH para establecer un plan de pago razonable que tenga en cuenta los ingresos y activos disponibles, el monto de la factura descontada y los pagos anteriores.
5. Si se establece un plan de pago, debe informar de inmediato a EEH de todos los cambios de circunstancias que podrían afectar la capacidad del paciente para cumplir con el plan de pago.

### **CÁLCULO DE LAS CANTIDADES COBRADAS A LOS PACIENTES**

1. A las personas que califiquen para recibir asistencia financiera no se les cobrará más por la atención de emergencia u otra atención necesaria desde el punto de vista médico que los montos que generalmente se cobran en el caso de las personas que tienen cobertura de seguro. La base de los montos que EEH cobrará a los pacientes que califiquen para recibir asistencia financiera es la siguiente: El método de revisión se usará para calcular las cantidades generalmente facturadas en el centro hospitalario es el siguiente: multiplique los cargos brutos del centro hospitalario por la atención proporcionada por el porcentaje resultante de lo siguiente:
  - a. Numerador: la suma de todos los reclamos durante el período de 12 meses anterior por parte de la tarifa de Medicare y de todas las aseguradoras privadas de salud que pagan los reclamos a la institución hospitalaria; y
  - b. Denominador: la suma de los gastos brutos asociados a dichos reclamos.
2. Los montos generalmente facturados (AGB) se calcularán de manera anual y se utilizarán dentro de los 120 días posteriores al final del período de 12 meses utilizado para calcular esos montos.
3. EEH no le cobrará a una persona que califique para el programa de asistencia financiera (FAP) una cantidad igual o superior a los cargos brutos por la atención médica cubierta bajo el programa.

### **PRÁCTICAS DE COBRANZA DE EEH EN CASO DE IMPAGO:**

1. EEH tiene el derecho de llevar a cabo cobranzas directamente o mediante una agencia de cobranzas. Las actividades de cobranza externa contra pacientes sin seguro no comenzarán antes de los ciento veinte (120) días después de que un centro de EEH le proporcione el primer estado de cuenta posterior al alta.
  - a. Antes de llevar a cabo una actividad de cobranza externa, se notificará a los pacientes sobre la política de asistencia financiera de EEH con un resumen en lenguaje sencillo de la política; que hará referencia a la política en los estados de cuenta; y por lo menos una notificación por escrito que explique la acción de cobranza externa que EEH tiene la intención de tomar treinta (30) días antes de dicha acción.
  - b. Los pacientes pueden presentar solicitudes de asistencia financiera hasta doscientos cuarenta (240) días después de que se envíe por correo el primer estado de cuenta. Si se recibe dentro de este plazo, EEH suspenderá las acciones de cobro y evaluará la elegibilidad del paciente para recibir asistencia.
2. La ley de prácticas justas de cobranza de deudas se observará cuando se busque cobrar a todos los pacientes, incluidos los pacientes que reciben descuentos por asistencia financiera, y se requerirá que las agencias de cobranza externas hagan lo mismo.

3. No se emprenderá ninguna acción legal por falta de pago de facturas por parte de los pacientes o de las partes responsables que hayan demostrado que no tienen ingresos o bienes suficientes para pagar estas facturas.
4. Se pueden tomar acciones legales, incluidos embargos de salario para obtener el pago de acuerdo con el plan de pago si hay evidencia de que el paciente o la parte responsable tiene suficientes ingresos y bienes para cumplir con su obligación financiera.
5. Con respecto a la propiedad inmobiliaria, no se tomará ninguna acción legal o gravamen 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 las facturas pendientes, seguirán las pautas descritas con anterioridad y deberán obtener la autorización de la gerencia antes de emprender acciones legales contra los pacientes o las partes responsables.

### **FACTURAS DE OTROS PRESTADORES**

La política de asistencia financiera se aplica a los servicios prestados por Edward-Elmhurst Health. Como paciente dentro de nuestras instalaciones, es posible que otros prestadores también le proporcionen atención médica. Los demás prestadores no están vinculados con nuestra política, por lo tanto, es posible que tenga que trabajar directamente con sus oficinas para resolver los problemas de facturación. Los demás prestadores se presentan en el anexo A.

### **AVISO PÚBLICO**

1. El aviso de la política de determinación de asistencia financiera se publica en los departamentos de emergencia y en todas las áreas de registro dentro de los hospitales y clínicas externas. La información sobre la determinación de asistencia financiera también estará en el sitio web del hospital.
  - a. Una copia de la política de determinación de asistencia financiera se proporcionará a todas las personas del público si así lo solicitan.
  - b. La política estará disponible en inglés y en cualquier otro idioma primario (es decir, español, francés, alemán, etc.) que cubra al menos al 5 % de los pacientes ubicados dentro del área de servicio del hospital.
2. Se debe preparar un informe mensual que enumere los montos totales en dólares de los descuentos por asistencia financiera y por falta de seguro para su presentación con fines informativos al Comité Financiero de Servicios de Corporaciones de EEH.

### ***ANEXOS:***

#### **ANEXO A:**

#### **Excepciones de los prestadores de EEH: Revisión automatizada de la presunta elegibilidad**

Los servicios proporcionados por las siguientes determinaciones de elegibilidad se realizarán a través del "cuestionario para no asegurados".

1. Edward Health Ventures, con el nombre comercial 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, con el nombre comercial Elmhurst Clinic y Elmhurst Medical Associates,

El paciente o responsable del pago es responsable de hacer la solicitud de descuento. También puede ser necesaria una revisión de los ingresos anuales brutos del paciente y del número de exenciones identificadas en la declaración de impuestos 1040 más reciente. La información sobre los activos se puede revisar caso por caso para determinar si el paciente califica para un descuento por falta de seguro.

El descuento por servicios no asegurados representará el 25 % de los cargos facturados por los servicios prestados por las entidades mencionadas en el anexo B.

### **ANEXO B:**

#### **OTROS PRESTADORES NO 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)

**REFERENCIA(S) CRUZADA(S)**

<b>Revisión del Comité de Políticas:</b>	<b>Fecha de vigencia:</b>	<b>La política actual reemplaza a la política:</b>
2 de febrero de 2016		FINL_011 DETERMINACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA
<b>Comité de Finanzas de la EEH</b> 3 de junio de 2016		