

De acuerdo con su misión, La Rabida Children's Hospital se dedica a hacer accesibles los servicios de salud para nuestra población pediátrica. El Hospital reconoce las necesidades económicas de los pacientes y familiares que no pueden sufragar los gastos asociados al costo de la atención médica. En este sentido, cuando se necesita, el Hospital presta servicios de salud médicamente necesarios con descuento a niños que residen en Illinois e Indiana.

Para gestionar sus recursos y responsabilidades y permitir que el Hospital preste asistencia al mayor número de niños necesitados, el Consejo de administración ha establecido estas directrices para la prestación de Ayuda financiera.

Requisitos y asistencia ofrecida

Para ser elegible para la asistencia gratuita o con tarifa reducida, el paciente y/o su familia deben solicitarlo completando un breve cuestionario. No se denegará la Ayuda financiera a las familias solicitantes por motivos de raza, color, religión, sexo, edad, nacionalidad, o estado civil. La decisión de proporcionar Ayuda financiera se basará en una revisión de los ingresos, activos y pasivos de la familia. Se puede solicitar información adicional y, en última instancia, puede afectar la decisión del Hospital. La elegibilidad de los pacientes se basará únicamente en la información proporcionada directamente por la familia. El hospital no obtendrá información de otras fuentes para determinar la elegibilidad.

La necesidad de tratamiento médico de cualquier paciente se basará en el juicio clínico del proveedor de salud sin tener en cuenta la situación económica del paciente y/o de sus padres. Todos los pacientes serán tratados por condiciones de emergencias médicas sin discriminación e independientemente de su elegibilidad para recibir asistencia gratuita o con descuento. Los pacientes y/o sus familias deben proporcionar documentación que acredite su residencia en Illinois o Indiana. Los niños que residan fuera de Illinois o Indiana no son elegibles para la Ayuda financiera. Esta política se aplicará independientemente del estatus migratorio del paciente.

Solicitar ayuda financiera

Los pacientes y familiares que deseen solicitar pueden presentar una solicitud y documentación de apoyo en la oficina de Servicios financieros para pacientes. La solicitud de Ayuda financiera puede encontrarse en la página web del Hospital. Alternativamente, se pueden obtener copias impresas de la Política de ayuda financiera del Hospital o de su Resumen en lenguaje sencillo sin costo adicional visitando o llamando a la oficina de Servicios al paciente del Hospital. Puede ponerse en contacto con la oficina de Servicios al paciente para obtener una copia de la solicitud y discutir cualquier duda que pueda tener. Este Resumen en lenguaje sencillo está disponible en inglés y español.

Los pacientes y sus familias pueden presentar una Solicitud de ayuda financiera hasta 240 días después de la primera fecha de servicio como paciente hospitalizado tras el alta o como paciente ambulatorio; el estado de facturación es emitido por el Hospital.

Cálculo de la atención gratuita o con descuento

Programa	Disponible para	Descripción	Cómo solicitar
Ayuda financiera - Atención gratuita	Pacientes no asegurados y asegurados	Ofrece atención gratuita a las familias en función de su tamaño y con ingresos inferiores al 200% del Umbral federal de pobreza	Complete la solicitud del Programa de ayuda financiera. Llame al (773) 256-5974 para recibir asistencia.
Ayuda financiera - Escala variable	Pacientes no asegurados y asegurados	Ofrece atención con descuento a las familias en función de su tamaño y con ingresos entre 200% y 400% del Umbral federal de pobreza	Complete la solicitud del Programa de ayuda financiera. Llame al (773) 256-5974 para recibir asistencia.
Ayuda financiera - Autónomo no asegurado	Únicamente pacientes no asegurados	Ofrece un descuento del 65% a las familias en función de su tamaño y con ingresos entre 400% y 600% del Umbral federal de pobreza	Complete la solicitud del Programa de ayuda financiera. Llame al (773) 256-5974 para recibir asistencia.
Ayuda financiera – Catastrófica	Únicamente pacientes no asegurados	Limita los gastos del bolsillo cuando las deudas médicas específicas de la atención médica en La Rabida Children's superan el 25% de los ingresos brutos de la familia	Complete la solicitud del Programa de ayuda financiera. Llame al (773) 256-5974 para recibir asistencia.
Programa de plan de pagos	Pacientes no asegurados y asegurados	Ayuda a los pacientes con sus obligaciones financieras estableciendo acuerdos de pago	Complete la solicitud del Programa de ayuda financiera. Llame al (773) 256-5974 para recibir asistencia.

Para aquellas personas que califiquen para recibir Ayuda financiera, el importe facturado no será superior a los importes generalmente facturados a individuos que tienen un seguro médico público o comercial que cubre dicha atención.

Incumplimiento de la obligación financiera

Tras la recepción de una solicitud de Ayuda financiera, el Hospital y cualquiera de sus agencias de cobro de deudas NO realizarán ninguna actividad de cobro de deudas hasta después de que el Hospital haya realizado esfuerzos razonables para determinar si el solicitante o solicitantes son elegibles para recibir asistencia financiera, según la política de asistencia financiera del Hospital.

Si no se presenta una solicitud de Ayuda financiera, al menos 30 días antes de la transferencia de cualquier saldo de deuda vencida a una agencia de cobro de deudas, el Hospital:

- a) proporcionará al deudor o deudores responsables una notificación por escrito en la que se indique que su FAP está disponible para personas elegibles. La notificación escrita (1) identificará claramente las acciones de cobro de deudas que el Hospital pretenda iniciar para obtener el pago de la atención y (2) indicará claramente una fecha límite después de la cual el Hospital iniciará sus esfuerzos de cobro de deudas.
- b) proporcionará al deudor o deudores responsables un resumen en lenguaje sencillo de la Política de ayuda financiera (FAP).
- c) Hará un esfuerzo razonable para notificar oralmente al deudor o deudores responsables acerca de la FAP del hospital y sobre cómo la persona puede obtener ayuda con el proceso de solicitud de la FAP.

Por lo general, después de la emisión de tres estados de facturación mensuales o de que transcurran 125 días desde la fecha en que el Hospital emitió su primer estado de facturación posterior al alta, La Rabida Children's Hospital transferirá el saldo pendiente de pago a una agencia de cobro de deudas.

Notificación

En un esfuerzo por que nuestros pacientes, familias y la comunidad en general conozcan el programa de Ayuda financiera del Hospital, el Hospital ha tomado una serie de medidas para divulgar ampliamente esta política, incluyendo la colocación de carteles legibles; la elaboración de este Resumen en lenguaje sencillo (PLS, por sus siglas en inglés) y la distribución de folletos informativos en las mesas de registro. Si necesita más información o si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con nuestra oficina de Servicios financieros para pacientes en:

Oficina de Servicios financieros para pacientes
La Rabida Children's Hospital
6501 South Promontory Drive
Chicago, Illinois 60649

Sitio web: <http://www.larabida.org/page-Financial-Assistance>
Teléfono: (773) 363.6700