

La Rabida Children's Hospital

| | | |
|--|--|------------------------------|
| Distribución: Manuales de políticas y procedimientos administrativos | Asunto: Ayuda financiera | |
| Fecha de la última revisión: Julio de 2019 | Fecha de revisión: February 26, 2023 | Página 1 de 9 páginas |
| Fecha de entrada en vigor: Julio de 2019 | Aprobado por: Consejo administrativo | |

POLÍTICA

La Rabida Children's Hospital (Hospital) tiene una tradición de servir a los pobres, a los necesitados y a todos los que requieren servicios de atención de salud. El hospital por sí solo no puede satisfacer todas las necesidades de la comunidad. Sin embargo, puede practicar una administración eficaz de los recursos para seguir prestando servicios de salud efectivos. El Hospital seguirá desempeñando un papel de liderazgo en la comunidad ayudando a promover la respuesta comunitaria a las necesidades de los pacientes, desde las organizaciones gubernamentales y privadas.

PROPÓSITO

El Programa de Ayuda Financiera (FAP, por sus siglas en inglés) hace hincapié en los servicios para quienes no tienen capacidad para pagar los servicios médicos necesarios. La Ayuda financiera se presupuestará cada año fiscal con el único fin de condonar parte o la totalidad de la factura de La Rabida Children's Hospital a aquellas personas que no puedan pagarla. El proceso de la solicitud de Ayuda financiera se realizará de acuerdo con la determinación de Elegibilidad, Administración del programa, y Directrices de ingresos. El formulario de "[Solicitud de ayuda financiera](#)" de La Rabida Children's Hospital se utilizará para recolectar información económica del paciente (Anexo B).

IDENTIFICACIÓN -- INSTRUCCIÓN ESPECIAL

1. Cualquier empleado del hospital puede sugerir a un paciente que solicite Ayuda financiera poniéndose en contacto con el Asesor financiero o con el Departamento de servicios financieros para pacientes.
2. Servicios financieros para pacientes evaluará todas las remisiones para determinar la necesidad financiera.
 - A. Los pacientes que tengan suficiente cobertura de terceros o que califiquen para recibir Fondos de ayuda pública no podrán ser elegibles para la Ayuda financiera.
 - B. Todos los candidatos a la Ayuda financiera deben completar un formulario de [Solicitud de ayuda financiera](#) y una verificación de ingresos, que puede incluir formularios de impuestos, talones de cheques o cartas de los empleadores.
 - C. Las solicitudes de Ayuda financiera completadas se remiten al Asesor financiero.

PROCEDIMIENTO:

De acuerdo con su Programa de ayuda financiera, La Rabida Children's Hospital proporcionará atención no compensada o con descuento a los pacientes que se determine que no pueden pagar los servicios. Esta política se aplicará de acuerdo con los procedimientos establecidos y no se denegará la ayuda económica a ningún paciente por motivos de raza, credo, color, sexo, nacionalidad, o cualquier otro prejuicio.

I. Elegibilidad

La elegibilidad del paciente estará basada en la siguiente información:

A. Todas las cuentas de pacientes de más de \$100 son elegibles para Ayuda financiera. El total de todas las cuentas adeudadas por un mismo paciente o familia puede ser igual a \$100 a efectos de consideración. Una solicitud debe ser completada por el avalista.

B. El Periodo de solicitud, durante el cual el hospital aceptará y procesará la solicitud de FAP de una persona, comienza en la fecha en que se presta la atención y finaliza el día 240° después de la fecha en que se proporciona el primer extracto de facturación posterior al alta por la atención o

- treinta (30) días después de que los deudores responsables reciban una notificación por escrito del Hospital que indique que se ofrece ayuda financiera a las personas elegibles y
- que, como resultado de la falta de pago del deudor o deudores responsables, el Hospital iniciará acciones de cobro de deudas no antes de 30 días a partir de la fecha de la notificación por escrito.

C. La solicitud incluye:

1. Ingresos de todas las fuentes de las personas responsables de esta obligación, enumerando el ingreso bruto correspondiente al periodo de tres meses más reciente (el ingreso procedente de empleos estacionales se basará en el promedio de los doce (12) meses anteriores.
2. Los recursos procedentes de cuentas de ahorro y de cheques, certificados de depósito, acciones, capital inmobiliario y bonos se harán constar en la solicitud.
3. Se requiere una copia de la declaración de la renta federal más reciente.
4. El número de exenciones que figura en la última declaración federal de la renta presentada por el solicitante servirá como fuente principal para determinar el tamaño de la familia.

D. Todos los recursos de terceros y los programas de ayuda financiera dentro del hospital, incluyendo la ayuda pública disponible a través de los programas estatales de Medicaid, deben solicitarse y agotarse antes de poder solicitar la Ayuda financiera.

E. Las cantidades deducibles y del coseguro son elegibles para las prestaciones de Ayuda financiera si las circunstancias económicas lo justifican.

F. La elegibilidad se determinará comparando los ingresos del solicitante con las Directrices de elegibilidad de ingresos que se encuentran en la sección II (H), Directrices de elegibilidad de ingresos.

G. La elegibilidad de los pacientes se basará únicamente en la información proporcionada directamente por los individuos responsables de la obligación. El hospital no obtendrá información de otras fuentes para determinar la elegibilidad.

H. Los pacientes cuya residencia principal se encuentre fuera de Illinois o Indiana no son elegibles para la Ayuda financiera.

II. Administración del programa

El programa de Ayuda financiera de La Rabida Children's Hospital se administrará de acuerdo con las siguientes directrices:

- A. La información de la solicitud, junto con una copia de la declaración de la renta federal más reciente, será revisada y verificada por el personal de Servicios financieros para pacientes.
- B. Después de revisar los ingresos y los activos, Servicios financieros para pacientes determinará si el paciente califica para recibir los beneficios de la Ayuda financiera. basado en las Directrices de elegibilidad de ingresos - sección II(H).
- C. El ingreso familiar se define con base en las definiciones utilizadas por la Oficina del censo de EE.UU. e incluye los ingresos, la compensación por desempleo, la compensación de los trabajadores, la Seguridad social, el Ingreso complementario de seguridad, los pagos de asistencia pública, los pagos de los veteranos, las prestaciones de supervivencia, la pensión o ingreso de jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de herencias, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención, asistencia de fuera del hogar, y otras fuentes diversas. Las prestaciones no monetarias (como subsidios alimentarios y de vivienda proporcionados a través de programas de asistencia estatales) no se consideran ingresos.
- D. Las solicitudes de Ayuda financiera superiores a \$5,000 deben ser aprobadas por el Director financiero.
- E. Si el paciente califica para recibir atención con un descuento del 100 por ciento, el paciente será notificado por escrito por Servicios financieros para pacientes. La comunicación escrita comunicará el nivel de ayuda financiera que el solicitante puede recibir y las bases de esta determinación.

Si el paciente califica para una reducción de la responsabilidad (menos del 100% del **importe adeudado**), el paciente será notificado por Servicios financieros para pacientes para establecer acuerdos de pago por el importe adeudado.

- F. La falsificación de información en la solicitud o la negativa a cooperar resultará en la denegación de la Ayuda financiera.
- G. No se denegará la Ayuda financiera a los solicitantes por motivos de raza, color, religión, sexo, edad, nacionalidad o estado civil.
- H. La Rabida Children's Hospital se reserva el derecho de cambiar la determinación de beneficios si las circunstancias financieras han cambiado. Directrices de elegibilidad de ingresos
- I. La Ayuda financiera no se aplica a las compañías de seguros ni a otros pagadores terceros.
- J. Cuando se haya realizado una determinación de elegibilidad para la Ayuda financiera, todas las cuentas de los pacientes de la misma familia se manejarán de la misma manera para la atención prestada durante los seis meses siguientes a la fecha de dicha determinación, sin necesidad de completar una nueva solicitud. Los descuentos se aplicarán a todos los saldos pendientes de pago por cuenta propia. Se requerirá una nueva solicitud para la atención prestada más de seis meses después de la determinación inicial (u otra anterior) o si se reciben indicios de que la situación económica del paciente o la familia ha cambiado significativamente desde el periodo de evaluación inicial.

III. Provisión de ayuda financiera:

Las familias que tengan un ingreso igual o inferior al 200% del umbral federal de pobreza calificarán para una ayuda financiera del 100% para pagar las facturas médicas que deban a La Rabida Children's Hospital.

Registro federal, Umbral federal de pobreza (FPG, por sus siglas en inglés) - 2023

| Tamaño de la familia | Umbral de pobreza |
|----------------------|-------------------|
| 1 | \$14,580 |
| 2 | \$19,720 |
| 3 | \$24,860 |
| 4 | \$30,000 |
| 5 | \$35,140 |
| 6 | \$40,280 |
| 7 | \$45,420 |
| 8 | \$50,560 |

Para familias / hogares con más de 8 personas, añada \$5,140 por cada persona adicional.

Las familias cuyos ingresos se sitúen entre el 201% y el 400% de los umbrales federales de pobreza calificarán para los siguientes descuentos en los pagos:

| Ingreso familiar como un % del FPG | Pagos familiares % de obligaciones | % de caridad LaRabida |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| 0 - 200 | 0.0% | 100.0% |
| 200 - 220 | 10.0% | 90.0% |
| 221 - 240 | 15.0% | 85.0% |
| 241 - 260 | 25.0% | 75.0% |
| 261 - 280 | 30.0% | 70.0% |
| 281 - 300 | 40.0% | 60.0% |
| 301 - 320 | 50.0% | 50.0% |
| 321 - 340 | 60.0% | 40.0% |
| 341 - 360 | 70.0% | 30.0% |
| 361 - 380 | 80.0% | 20.0% |
| 380 - 400 | 100.0% | 0.0% |

En situaciones en las que el paciente no esté asegurado y el Ingreso familiar se sitúe entre el 380% y el 600% del FPG y no se proporcione Ayuda financiera de otro modo en virtud de esta política en forma de atención gratuita o con descuento, el paciente será responsable del **30.0%** de los cargos de la factura según el cálculo anual de Importes generalmente facturados del hospital. (Anexo C)

El importe máximo de pago que puede exigirse (por los servicios de atención de salud prestados por el Hospital) a un paciente que el Hospital determine como elegible bajo la Sección III de esta póliza es del 25.0% del Ingreso familiar del paciente y está sujeto al periodo de elegibilidad de seis meses determinado en la Sección II (J.).

El importe facturado a las personas responsables de las obligaciones pendientes, que califiquen para el FAP, se limitará a no más de los importes generalmente facturados a las personas que dispongan de un seguro de salud público o comercial que cubra dicha asistencia (AGB).

IV. **Incumplimiento de la obligación financiera:**

Por lo general, el primer extracto de facturación mensual se emite entre 7 y 10 días después de la fecha de alta del paciente hospitalizado o de la recepción de la atención médica ambulatoria.

Tras la recepción de una Solicitud de ayuda financiera, el Hospital o cualquiera de sus agencias de cobro de deudas NO se involucrará en ninguna actividad de cobro de deudas hasta que el Hospital haya hecho esfuerzos razonables para determinar si el solicitante o solicitantes son elegibles para recibir asistencia para la atención, bajo la política de ayuda financiera del Hospital (FAP).

Al menos 30 días antes de la transferencia de cualquier saldo deudor vencido 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 del FAP del hospital y sobre cómo la persona puede obtener ayuda con el proceso de solicitud de FAP.

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.

Si el solicitante de FAP tiene múltiples episodios de atención y el Hospital combina o consolida las facturas pendientes, el Hospital se abstendrá de transferir el saldo pendiente consolidado a una agencia de cobro de deudas, hasta al menos 125 días después de que el Hospital haya emitido su primer estado de facturación posterior al alta, para el episodio de atención más reciente en el saldo de deuda consolidado.

El hospital no comunicará ninguna información adversa sobre las personas responsables de la obligación a ninguna agencia de informes de crédito al consumidor ni a agencias de crédito.

ANEXO A
Lista de proveedores

| Nombre del proveedor | Sujeto a la política de ayuda financiera |
|---|--|
| La Rabida Children’s Hospital | S |
| | |
| Advocate Children’s Hospital | N |
| Central DuPage Hospital | N |
| Hospital del condado de Cook | N |
| Edwards Hospital | N |
| Franciscan Health | N |
| Loyola University Medical Center | N |
| Lurie Children’s Hospital | N |
| Rush University Medical Center | N |
| Sinai Health System | N |
| St. Francis Medical Center | N |
| University of Chicago Medicine | N |
| University of Illinois-Chicago Hospital and Health Sciences | N |
| | |
| Medical Express Ambulance Service | N |
| | |

ANEXO B
Solicitud de ayuda financiera

La Rabida Children's Hospital

6501 South Promontory Drive
Chicago, IL 60649
P: 773.363.6700



Solicitud de ayuda financiera

Form fields for patient information: Nombre del paciente, Dirección, Teléfono, Número de cuenta del paciente, Fecha de servicio, Importe adeudado, Nombre de la persona responsable, Dirección, Relación con el paciente.

Provide health insurance information, if covered

Form fields for insurance information: Nombre de la compañía de seguro, Dirección, Teléfono, Nombre del suscriptor, Números de grupo y de póliza, Fechas de vigencia.

¿Tiene cobertura a través del Departamento de asistencia de salud y servicios familiares de Illinois (Ayuda pública) o ha solicitado ayuda, incluyendo la cobertura a través de Kid Care? Sí [] No []

¿Cuántos miembros de la familia hay en el hogar?

¿Algún adulto de la familia es incapaz de trabajar debido a una lesión o enfermedad? Sí [] No []

En caso afirmativo, explique

ANEXO B

Solicitud de ayuda financiera – Página 2

Miembros de la familia que trabajan

| | | |
|-------------------------------------|-------|-------|
| Nombre de los miembros que trabajan | ..... | ..... |
| Ocupación | ..... | ..... |
| Ingreso mensual | ..... | ..... |
| Número de años empleado | ..... | ..... |

Indique los nombres y edades de los dependientes a continuación

¿a cuántas personas se mantiene?

| | | | |
|------------------------|-------|-------|-------|
| Nombre del dependiente | ..... | ..... | ..... |
| Fecha de nacimiento | ..... | ..... | ..... |
| Nombre del dependiente | ..... | ..... | ..... |
| Fecha de nacimiento | ..... | ..... | ..... |

(Use una hoja separada para indicar dependientes adicionales.)

¿Recibe el hogar algún dinero en concepto de pensión alimenticia, manutención, ingresos de la Seguridad Social o cualquier otro ingreso? Sí No

En caso afirmativo, indique la fuente del ingreso y el importe mensual del ingreso en dólares: \$

Enumere problemas médicos o económicos en el hogar

¿Espera recibir pago por estos servicios de alguna otra fuente, incluyendo cobertura por accidente o de responsabilidad? Sí No

Se debe presentar un justificante de ingresos. Adjunte el formulario de declaración de la renta más reciente y/o los recibos de sueldo de las últimas 4 semanas. Si recibe prestaciones de la Seguridad social o cualquier otro ingreso además de los anteriores, adjunte copias.

Firma de la persona responsable FECHA ____/____/____

Firma del representante del hospital FECHA ____/____/____

ANEXO C
Cálculo de importes generalmente
facturados

| Cargos en cuentas que pasaron a cero entre el 01/10/2021 y el 30/09/2022 (menos la Ayuda financiera y el Ajuste de la liquidación) | Pagos hechos en cuentas que pasaron a Cero entre el 01/10/2021 y el 30/09/2022 | Porcentaje de importes generalmente facturados |
|--|--|--|
| \$62,398,271 | \$18,709,805 | 30.0% |
| | Descuento calculado | 70.0% |

Definición:**Importe generalmente facturado:**

Los cargos por servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios prestados a un paciente elegible para recibir Ayuda financiera se limitarán a no más de los importes generalmente facturados a personas que tengan un seguro médico público o comercial que cubra dicha asistencia ("AGB").

Para calcular el AGB, el Hospital ha seleccionado el método "mirar atrás (look-back)". Esto significa que el AGB se determina con base en las reclamaciones pasadas reales pagadas al Hospital por las reclamaciones de Tarifa por servicio Medicaid junto con todas las aseguradoras de salud privadas que pagan reclamaciones al Hospital.

El porcentaje de AGB se calculará anualmente dividiendo la suma de todas las reclamaciones que se hayan pagado íntegramente durante el periodo de 12 meses anterior entre la suma de los gastos brutos de esas reclamaciones. A continuación, este porcentaje resultante se aplica a los gastos brutos de un individuo para reducir la factura.

Se calculará y aplicará un porcentaje revisado a más tardar el día 120º después del primer día de inicio del año civil utilizado para determinar los cálculos. El porcentaje de AGB figura en el Anexo C.