

## **TÍTULO: POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA (FAP)**

---

### **I. OBJETIVO:**

Silver Cross Hospital se compromete a atender las necesidades de atención médica de nuestros pacientes. Proporcionaremos asistencia financiera a las personas elegibles que no pueden pagar su factura.

### **II. POLÍTICA/PROCEDIMIENTO:**

Silver Cross Hospital y Silver Cross FEC, Homer Glen proporcionan atención de emergencia o médicamente necesaria independientemente de la capacidad de pago. La Política de Asistencia Financiera (FAP) tiene por objeto establecer procedimientos de asistencia financiera que cumplen con las leyes federales, estatales y locales aplicables. (*Sección 501(r) del Código de impuestos internos, Ley de descuento para el paciente sin seguro hospitalario de Illinois y Ley de facturación justa al paciente de Illinois*).

Un paciente de SCH debe reunir los siguientes requisitos para obtener asistencia financiera:

- i.* Tener un seguro de salud limitado o carecer de seguro de salud
- ii.* Solicitar asistencia del gobierno (por ejemplo Medicare o Medicaid), pero no reunir los requisitos para obtenerla
- iii.* Cumplir con sus responsabilidades según se establece en esta Política, incluso colaborar con SCH proporcionando la información solicitada
- iv.* Demostrar necesidad financiera
- v.* Cumplir con los requisitos de residencia de Illinois

Otros prestadores de atención médica asisten a Silver Cross Hospital en la prestación de la atención de emergencia o médicamente necesaria, incluidos los siguientes servicios: médicos del departamento de emergencias, radiólogos, anesestesiólogos, patólogos y demás médicos, enfermeras de práctica avanzada y auxiliares médicos. Estos prestadores son profesionales y no están empleados por el hospital, por lo que no están cubiertos por la Política de asistencia financiera de SCH. Los pacientes recibirán facturas por separado por el servicio de los prestadores. Los médicos independientes pueden tener su propia Política de asistencia financiera que los pacientes pueden consultar. Al final de esta política encontrará una lista de departamentos prestadores que indica si adhieren o no a la Política de asistencia financiera del hospital.

### **III. DEFINICIONES:**

**Monto generalmente facturado:** a los pacientes sin seguro médico que califican para recibir asistencia financiera no se les cobrará por atención de emergencia o atención médica necesaria, más que los Montos Generalmente Facturados (AGB) a los pacientes que tienen seguro médico.

**Atención de emergencia:** servicios médicos necesarios para una enfermedad que requiere atención inmediata y exámenes médicos para la evaluación y el tratamiento, independientemente de la capacidad de pago, y que se rige por la Ley de tratamiento médico de emergencia y trabajo activo (EMTALA).

**Ingresos del grupo familiar:** la suma de los ingresos de los adultos de la familia y otros beneficios provenientes de todas las demás fuentes diversas.

## **TÍTULO: POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA (FAP)**

---

**Nivel Federal de Pobreza (FPL):** las pautas de pobreza establecidas en el Registro Federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en virtud del título 42, Sección 9902 del Código de los Estados Unidos.

**Solicitud de asistencia financiera:** una solicitud de asistencia financiera completada por un paciente o garante.

**Residente de Illinois:** un residente de Illinois es un paciente que vive y tiene la intención de vivir en Illinois indefinidamente. Mudarse a Illinois con el único propósito de recibir beneficios de atención médica no satisface los requisitos de residencia según la Ley de descuento para el paciente sin seguro hospitalario de Illinois (HUPDA).

**Descuento en base a ingresos:** a los servicios médicamente necesarios prestados a un paciente con o sin seguro médico, cuyo ingreso familiar es inferior al 200 % de la Pauta Federal de Pobreza (FPG) le podría corresponder un descuento del 100 %. En el caso de un paciente con un ingreso familiar de 201 % a 400 % del FPG le podría corresponder un descuento del 70 %. Los descuentos se otorgan tanto de forma presunta como después de aprobar una solicitud de asistencia financiera.

**Residente legal:** una persona que vive en los Estados Unidos de forma legal. Con respecto a los ciudadanos extranjeros, “residentes legales” incluirá a los individuos que tienen visas vigentes y que son residentes permanentes y trabajadores temporales. “Residentes legales” no incluye a los ciudadanos extranjeros con visas de visitante o de estudiante.

**Médicamente indigente:** pacientes cuyo nivel de ingresos no los califica para recibir asistencia financiera en base a los niveles federales de pobreza, pero que han incurrido en gastos catastróficos por servicios médicos. Específicamente gastos que igualan o exceden el 25 % del ingreso familiar total.

**Atención médicamente necesaria:** servicios o suministros que se prestan para el diagnóstico, la atención directa y el tratamiento de una enfermedad, cumplen con las normas de la buena práctica médica en el área local y están cubiertos por los programas Medicare y Medicaid, que los consideran médicamente necesarios, y no se prestan principalmente para la conveniencia del paciente o el médico. Los servicios médicamente necesarios no cubren cirugías estéticas o servicios no médicos como los servicios sociales, educativos o vocacionales.

**Elegibilidad presunta - Asistencia financiera:** ante la falta de una solicitud física de asistencia financiera, SCH puede utilizar varias fuentes de datos como información histórica, datos censales y datos de informes crediticios para determinar si un grupo familiar cumple con el nivel de ingresos necesario para poder beneficiarse de los descuentos de la atención de beneficencia en base al nivel federal de pobreza.

**Pacientes subasegurados:** un paciente que cuenta con un seguro médico, pero afronta deducibles, coseguros o gastos de bolsillo altos.

## TÍTULO: POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA (FAP)

---

**Descuentos para pacientes sin seguro médico:** en todos los servicios médicamente necesarios prestados a un paciente sin seguro médico, se aplica un descuento del 65 % para la atención de emergencia y la atención médicamente necesaria elegibles. Este descuento se otorga en el momento de la facturación. Estos descuentos se identificarán como atención de beneficencia.

**Pacientes sin seguro médico:** un paciente que no cuenta con una cobertura de seguro a terceros, Medicare o Medicaid, o cuya lesión no está cubierta por la indemnización por accidentes laborales o cualquier otra cobertura de lesiones personales.

### IV. PROCEDIMIENTO

#### **Elegibilidad presunta:**

La Política de asistencia financiera identifica los criterios y métodos específicos para determinar el proceso de solicitud que Silver Cross Hospital utilizará para otorgar asistencia financiera a los individuos que no pueden pagar su factura. Algunos individuos pueden ser **elegibles presuntos** si demuestran una necesidad financiera en base a los siguientes criterios:

- El individuo es una persona sin hogar
- El individuo es un adulto fallecido sin patrimonio
- El individuo está incapacitado por problemas mentales y no tiene un representante
- El individuo está encarcelado
- El individuo tiene una afiliación religiosa que incluye un voto de pobreza
- El individuo califica para Medicaid pero no en la fecha del servicio o para servicios no cubiertos
- El individuo está inscripto en uno de las siguientes programas:
  - Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
  - Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
  - Almuerzo/Desayuno Gratuito de Illinois
  - Programa de asistencia energética para hogares de bajos ingresos (LIHEAP)
  - Asistencia comunitaria
  - Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
  - Programa de pago de renta de Illinois por la Autoridad de Desarrollo de Vivienda de Illinois
  - Comprobante de una agencia externa independiente informando que el ingreso del grupo familiar es inferior a tres veces la Pauta Federal de Pobreza (FPG)
  - Quiebra personal reciente
  - Recibe asistencia para los gastos médicos
- Los informes crediticios personales asistirán en la determinación de elegibilidad

Es posible que se solicite un comprobante adicional de ingresos si se confirma uno de los criterios anteriores. Se espera que el paciente o el garante colabore y proporcione la información personal o financiera relevante y necesaria para tomar una determinación de elegibilidad presunta.

## **TÍTULO: POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA (FAP)**

---

El departamento de servicios financieros para el paciente tiene en cuenta varios factores para la revisión de elegibilidad presunta. Las determinaciones de elegibilidad son específicas para la fecha del servicio y no se aplican a servicios pasados o futuros. El paciente siempre tiene el derecho de solicitar asistencia financiera en todo momento.

### **Descuentos para pacientes sin seguro médico:**

A los pacientes sin seguro médico que no solicitan asistencia financiera se les puede otorgar un descuento del 65 %. El descuento aplica a todos los pacientes y servicios médicamente necesarios, tanto para pacientes hospitalizados como ambulatorios. La tasa de descuento se basa en los Montos Generalmente Facturados (AGB) a todos los pacientes Medicare y pacientes comerciales privados por medio de un cálculo de AGB con un método de 12 meses retrospectivos. El monto máximo que se puede cobrar por servicios hospitalarios en un período de 12 meses es del 25 % del ingreso del grupo familiar. El período anual comienza en la primera fecha en que el paciente califica para el descuento por no tener seguro médico. Los pacientes que califican para el descuento por no tener seguro médico, pero que no pueden pagar el saldo pendiente de la cuenta, también pueden calificar para planes de pagos o asistencia financiera adicional. Se puede obtener esta información gratuita en el sitio web de Silver Cross Hospital, en la sección de Asistencia financiera.

### **Determinación de necesidad de asistencia financiera**

Proporcionaremos asistencia financiera del 100 % a los pacientes sin seguro médico que tienen un ingreso de hasta el 200 % de la Pauta Federal de Pobreza (FPL). Se otorgarán descuentos adicionales a pacientes con y sin seguro médico con un ingreso entre 201 % y 400 % de la FPL. Para obtener la información más actualizada de la pauta federal de pobreza, consulte el sitio web del gobierno en [www.uscis.gov](http://www.uscis.gov). Las pautas se actualizan tras su publicación en el Registro Federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

### **Determinación y documentación de elegibilidad**

Para reunir los requisitos para la asistencia financiera un paciente debe ser residente de Illinois o un residente legal; debe haber sido rechazada su solicitud de cobertura a los programas CMS Medicare y Medicaid, debe haber completado y presentado una solicitud de asistencia financiera y debe proporcionar toda la documentación justificativa requerida. Las solicitudes de asistencia financiera deben ser enviadas al Departamento de Cuentas de los pacientes o al asesor financiero a más tardar a los 240 días de la fecha de facturación de los servicios para los que se solicita la asistencia. Si un paciente no proporciona la documentación o la información solicitada necesarias para determinar la asistencia financiera, es posible que se requiera un informe crediticio para la aprobación. Si un paciente no presta su colaboración con esta determinación o proporciona información fraudulenta, no podrá ser elegible.

A los fines de verificar el ingreso del grupo familiar, se requiere la siguiente documentación:

- Copia de la declaración del impuesto sobre la renta del año anterior
- Copia de los formularios W-2 del año anterior
- Talones de cheque/pagos actuales/declaración de ingresos más reciente
- Carta justificativa: alojamiento y comida

## **TÍTULO: POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA (FAP)**

---

- Carta de una organización de beneficencia, es decir, iglesia, organizaciones de beneficencia católicas, municipio
- Carta de desempleo
- Resumen de beneficios Link del Departamento de Servicios Humanos
- Órdenes judiciales
- Declaración de ingresos de la Seguridad Social
- Trabajador independiente: registro de ingresos actuales e impuestos del año anterior
- Solicitud de asistencia financiera completada

Una vez que se ha recibido la solicitud de asistencia financiera y toda la documentación justificativa, nuestra revisión puede demorar hasta 60 días. Durante el período de revisión todos los procedimientos de cobro quedarán suspendidos. Cuando la revisión está terminada, se notificará al solicitante si la asistencia fue aprobada o denegada. Además, de ser aprobada, se notificará al solicitante qué nivel (total o parcial) de asistencia se le dará. Todas las solicitudes aprobadas serán válidas por un período de 180 días hacia adelante. Los servicios prestados antes de la aprobación se ajustarán en consecuencia.

La Solicitud de asistencia financiera y el Resumen en lenguaje sencillo están disponibles en inglés y en español en el mostrador de la entrada principal del hospital, la oficina del asesor financiero, las áreas de admisión del departamento de emergencias y de pacientes ambulatorios en 1900 Silver Cross Blvd, New Lenox, IL 60451; el área de admisión de Homer Glen, 12701 W. 143<sup>rd</sup> Street, Homer Glen, IL 60491; por correo electrónico a [businessoffice@silvercross.org](mailto:businessoffice@silvercross.org), o puede solicitar el envío por correo postal a nuestro Departamento de cuentas de los pacientes al 815-300-7087 (8 a.m. a 4 p.m.); fuera del horario de atención deje un mensaje con su información de contacto y le enviaremos la información de asistencia financiera que solicite.

Los pacientes que necesiten ayuda con el proceso de solicitud deben ponerse en contacto con el asesor financiero al (815) 300-7596 en Silver Cross Hospital, 1900 Silver Cross Blvd, New Lenox, IL 60451

### **V. PRÁCTICAS DE COBRANZA:**

Silver Cross Hospital intentará cobrar los gastos. Sin embargo, el hospital no tomará Medidas de Cobranza Extraordinarias (ECA) hasta haber llevado a cabo esfuerzos razonables para determinar si el paciente califica para recibir asistencia en virtud de esta política. El Departamento de Servicios Financieros para pacientes es el responsable de determinar si se han llevado a cabo esfuerzos razonables antes de tomar alguna medida de cobranza extraordinaria. Estos esfuerzos razonables pueden incluir los siguientes:

- Abstenerse de iniciar las medidas de cobranza extraordinaria durante al menos 120 días desde la fecha del primer envío postal del estado de cuenta.
- Tomar una determinación presunta de elegibilidad FAP en base a información externa o una determinación de elegibilidad FAP previa.
- Hacer esfuerzos razonables para notificar al individuo verbalmente acerca de la FAP y cómo obtener asistencia para el proceso de solicitud incluido el sitio web del hospital.
- Enviar un estado de cuenta al individuo, que brindará lo siguiente:
  - Notificación del intento de iniciar las ECA

## **TÍTULO: POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA (FAP)**

---

- Identificación de las ECA que se iniciarán
- El plazo a partir del cual se podrán iniciar las ECA, como mínimo 30 días desde la fecha del estado de cuenta
- Información relacionada con la existencia de nuestro Programa de Asistencia Financiera (FAP), por medio de la inclusión de nuestro Resumen en lenguaje sencillo en el estado de cuenta

Las ECA pueden incluir lo siguiente:

- Colocar un gravamen contra una o más personas para cuentas que califiquen a través de un proceso de revisión.
- Comunicar a las agencias de información crediticia al consumidor información adversa acerca de los individuos en relación a las cuentas que califiquen.

Cuando recibe una solicitud FAP incompleta, el hospital debe suspender las ECA hasta que el individuo haya dejado de responder a las solicitudes de información adicional dentro de un período de treinta (30) días.

### **VI. GESTIÓN**

El paciente, un familiar o la agencia notificará al representante de Silver Cross de la necesidad financiera, o si se identifica al paciente como no asegurado al momento de recibir la atención de emergencia o medicamento necesaria; el Departamento de Servicios para Visitantes/Admisión avisará al paciente de la posible elegibilidad para recibir asistencia financiera, durante el proceso de admisión.

Un asesor financiero entrevistará al paciente o al familiar durante la estadía para evaluar la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera. Una vez finalizada la atención, el Departamento de Cuentas de los pacientes se comunicará para determinar la capacidad de pago del paciente.

Los pacientes disponen de información adicional con cada estado de cuenta que les permite comunicarse con el hospital al 815-300-7087 para obtener información de acuerdos de pago o asistencia financiera.

El hospital presentará anualmente el Informe de asistencia financiera del hospital a la Oficina del fiscal general, junto con el Informe de beneficios comunitarios o la parte 1 de la hoja de trabajo C exigida por la Ley de Descuento para el Paciente sin Seguro Médico del Departamento financiero del hospital en virtud de la Ley de Facturación Justa para el Paciente.

Silver Cross reconoce que la necesidad de asistencia financiera puede ser un tema sensible y personal para los pacientes. Se mantendrá la confidencialidad de la información y se preservará la dignidad personal de todos los que soliciten asistencia financiera en virtud de esta Política. Ninguna parte de la información obtenida en la solicitud de asistencia financiera puede ser divulgada excepto cuando lo autorice el paciente o lo exija la ley.

## **TÍTULO: POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA (FAP)**

---

### **ANEXO A**

#### **LISTA DE PRESTADORES:**

Departamento de Prestadores Todos los prestadores pertenecen a uno de estos departamentos	¿Adhieren al FAP del hospital?
Anestesia	No
Medicina de emergencia	No
Práctica de medicina familiar	No
Medicina	No
Obstetricia y ginecología (OB/GYN)	No
Patología	No
Pediatría	No
Psiquiatría	No
Radiología	No
Cirugía	No

**Nota:** los prestadores pueden tener su propia política o práctica de asistencia financiera. Se alienta a los pacientes a preguntarle al prestador si ofrece asistencia financiera.

### **ANEXO B**

Ley 210 ILXS 88 de Facturación Justa al Paciente (FPBA): regula las prácticas de facturación y cobranza de los hospitales en Illinois.

Código de Impuestos Internos 26 USC 501 (r) (IRC): la sección 9007 de la Ley de Atención Asequible (Ley pública 111-148) establece los requisitos que deben cumplir las organizaciones hospitalarias para estar eximidas del impuesto federal sobre la renta como se describe en la sección 501(c)(3) del Código de Impuestos Internos (IRC).

Última fecha de entrada en vigor: 01/ENE/2019

Nueva fecha de entrada en vigor: 31/ENE/2022