

# POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

## AMITA HEALTH

### PROPÓSITO

El propósito de esta Política es especificar los requisitos para administrar la asistencia financiera en AMITA Health System.

### POLÍTICA

La política de las organizaciones descritas a continuación de este párrafo (individualmente consideradas como la "Organización") es garantizar una práctica socialmente justa para proporcionar atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria en las instalaciones de la Organización. Esta política está diseñada específicamente para abordar la elegibilidad para recibir asistencia financiera por parte de los pacientes que la necesitan y reciben atención de la Organización.

Esta política se aplica en cada una de las siguientes Organizaciones dentro de AMITA Health:

Alexian Brothers Behavioral Health Hospital  
Alexian Brothers Medical Center - Elk Grove  
Holy Family Medical Center - Des Plaines  
Mercy Medical Center - Aurora  
Resurrection Medical Center  
St. Francis Hospital - Evanston  
Saint Joseph Hospital - Chicago  
Saint Joseph Hospital - Elgin  
Saint Joseph Medical Center - Joliet  
Saints Mary and Elizabeth Medical Center  
St. Alexius Medical Center - Hoffman Estates  
St. Mary's Hospital - Kankakee  
Prácticas médicas empleadas

- A. Toda la asistencia financiera reflejará nuestro compromiso y respeto por la dignidad humana individual y el bien común, nuestra preocupación y solidaridad particular con las personas que viven en pobreza y otras personas vulnerables, y nuestro compromiso con la justicia y la gestión distributivas.
- B. Esta política se aplica a todos los cuidados de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios proporcionados por la Organización, incluidos los servicios médicos y de salud conductual empleados. Esta política no se aplica a los cargos por atención que no sea de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios.
- C. En la Lista de proveedores cubiertos por la Política de Asistencia Financiera, se proporciona una lista de todos los proveedores que prestan servicios de atención en los centros de la Organización, en la que se especifica cuáles están cubiertos por la política de asistencia financiera y cuáles no.

# DEFINICIONES

## Definiciones específicas de la política

- A. **"501(r)"** se refiere a la Sección 501(r) del Código Impositivo Interno y a los reglamentos promulgados en virtud de este.
- B. **"Suma facturada normalmente"** (Amount Generally Billed, **AGB**) se refiere, en lo que respecta a la atención de emergencia o a otro tipo de atención médicamente necesaria, a la cantidad facturada por lo general a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención.
- C. **"Comunidad"** se refiere al estado de Illinois. "Vivir en la Comunidad", para los fines de esta Política, se refiere a ser residente de Illinois, es decir, una persona que vive en Illinois y tiene la intención de vivir indefinidamente en Illinois; pero no una persona que se ha reubicado en Illinois con el propósito de recibir beneficios médicos. También se considerará que un Paciente es miembro de la Comunidad de la Organización si la atención de emergencia y médicamente necesaria que requiere el Paciente es la continuidad de la atención de emergencia y médicamente necesaria recibida en otro centro de AMITA Health en el que el Paciente haya reunido los requisitos para recibir asistencia financiera para dicha atención de emergencia y médicamente necesaria.
- D. **"Atención de emergencia"** se refiere a la atención destinada a tratar una afección médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido dolor intenso) que, sin atención médica inmediata, podría ocasionar el deterioro grave del funcionamiento corporal o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo, o podría poner en grave peligro la salud del Paciente.
- E. **"Atención médicamente necesaria"** se refiere a la atención que (1) es apropiada, pertinente y esencial para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de la afección del Paciente; (2) es el suministro o nivel de servicio más apropiado para la afección del Paciente que se pueda proporcionar de manera segura; (3) no se proporciona principalmente para la conveniencia del Paciente, la familia del Paciente, el médico o el cuidador; y (4) es más probable que ocasione un beneficio para el Paciente en vez de un riesgo. Para que la atención programada a futuro sea considerada "atención médicamente necesaria", la atención y el momento en que se presta deben ser aprobados por el Director Médico de la Organización (o la persona que este designe). La decisión sobre la atención médicamente necesaria la debe tomar un proveedor autorizado que se encuentre prestando atención médica al Paciente y, a discreción de la Organización, el médico que lo ingrese, el médico que lo remita o el Director Médico u otro médico que lo examine (según el tipo de atención que se recomiende). En caso de que un médico revisor determine que la atención solicitada por un Paciente cubierto por esta política no es necesaria por razones médicas, dicha determinación también debe ser confirmada por el médico que realizó la admisión o la remisión.
- F. **"Organización"** se refiere a AMITA Health y las entidades que cuenten con cobertura de conformidad con esta Política de Asistencia Financiera tal como se describe en la Sección II.
- G. **"Paciente"** se refiere a aquellas personas que reciben atención de emergencia y otro tipo de atención médicamente necesaria en la Organización y a la persona que es financieramente responsable de su atención.
- H. **"Puntuación presunta"** se refiere al uso de fuentes de información de terceros, lo que puede incluir registros públicos u otros medios objetivos y razonablemente precisos, para evaluar la elegibilidad del paciente para la asistencia financiera.
- I. **"Paciente sin seguro"** se refiere a un paciente que no cuenta con cobertura de conformidad con una política de seguro médico y que tampoco es beneficiario de un seguro médico público o privado, beneficio médico u otro programa de cobertura médica, lo que incluye planes de seguro médico de alto deducible, indemnización laboral, seguro de responsabilidad por accidentes u otra

responsabilidad de terceros.

# PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS

A. La asistencia financiera descrita en esta sección se limita a los Pacientes que viven en la Comunidad:

1. Los Pacientes con ingresos inferiores o iguales al 250 % del ingreso del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level income, FPL) serán elegibles para recibir un descuento del 100 % de la cuota por los servicios de los que el Paciente sea responsable una vez que el asegurador haya pagado, si es el caso, si se determina que el Paciente es elegible de acuerdo con la puntuación presunta (que se describe en el párrafo 5 a continuación) o si presenta una solicitud de asistencia financiera (una "Solicitud") antes de los 240 días posteriores a la primera factura de alta del Paciente y la Solicitud es aprobada por la Organización. El Paciente será elegible para recibir hasta un 100 % de asistencia financiera si presenta la Solicitud después de los 240 días posteriores a la primera factura de alta del Paciente, pero entonces el monto de la asistencia financiera disponible para un Paciente en esta categoría se limitará al saldo impago del Paciente después de tener en cuenta cualquier pago realizado en la cuenta del Paciente. A los Pacientes elegibles para esta categoría de asistencia financiera no se les cobrará un importe superior a los cargos calculados de la AGB.
2. Sujeto a otras disposiciones de esta Política de Asistencia Financiera, los Pacientes sin seguro con ingresos superiores al 250 % del FPL y sin exceder el 600 %, recibirán un descuento de escala proporcional en esa porción de los costos por los servicios recibidos. Los Pacientes con seguro e ingresos por encima del 250 % del FPL, pero que no superen el 400 %, recibirán un descuento de escala proporcional en la porción de los costos de los servicios recibidos de la que sean responsables, según la explicación de beneficios del plan de seguro. Estos descuentos aplicarán después de que el Paciente presente una solicitud en los 240 días posteriores a recibir su primera factura de alta y que esta sea aprobada por la Organización. El Paciente será elegible para recibir la asistencia financiera de descuento de escala proporcional si presenta la Solicitud después de los 240 días posteriores a la primera factura de alta del Paciente, pero entonces el monto de la asistencia financiera disponible para un Paciente en esta categoría se limitará al saldo impago del Paciente después de tener en cuenta cualquier pago realizado en la cuenta del Paciente. A los Pacientes elegibles para esta categoría de asistencia financiera no se les cobrará un importe superior a los cargos calculados de la AGB.

El descuento de escala proporcional es el siguiente: (Ingresos del Nivel Federal de Pobreza [FPL])

<b>Escala proporcional de pacientes sin seguro</b>	<b>%</b>
0 % - 250 % FPL	<b>100 %</b>
251 % - 300 % FPL	<b>95 %</b>
301 % - 400 % FPL	<b>90 %</b>
401 % - 600 % FPL	<b>85 %</b>

<b>Escala proporcional de pacientes con seguro</b>	<b>%</b>
0 % - 250 % FPL	<b>100 %</b>
251 % - 300 % FPL	<b>95 %</b>
301 % - 400 % FPL	<b>90 %</b>

3. Conforme a las demás disposiciones de la presente Política de Asistencia Financiera, un

Paciente con ingresos superiores al 600 % (en el caso de pacientes sin seguro) o 400 % (en el caso de pacientes con seguro) del FPL puede ser elegible para recibir asistencia financiera de conformidad con una "Prueba de Medios" para obtener algún descuento en los cargos del Paciente por servicios de la Organización con base en su deuda médica total. Un Paciente será elegible para recibir asistencia financiera de acuerdo con la Prueba de Medios si tiene una deuda médica total excesiva que incluya la deuda médica con proveedores médicos de AMITA Health y cualquier otro proveedor de atención médica, atención de emergencia y otros tipos de atención médicamente necesaria, que sea igual o superior a los ingresos brutos familiares de dicho Paciente. El nivel de asistencia financiera proporcionado de conformidad con la Prueba de Medios es el mismo que se concederá a un Paciente con ingresos del 600 % (en el caso de pacientes sin seguro) o 400 % (en el caso de pacientes con seguro) del FPL según el párrafo 2 anterior, siempre que dicho Paciente presente una solicitud antes de los 240 días siguientes a la primera factura de alta y esta sea aprobada por la Organización. El Paciente será elegible para recibir la asistencia financiera de descuento en la Prueba de Medios si presenta la Solicitud después de los 240 días posteriores a la primera factura de alta del Paciente, pero entonces el monto de la asistencia financiera disponible para un Paciente en esta categoría se limitará al saldo impago del Paciente después de tener en cuenta cualquier pago realizado en la cuenta del Paciente. A los Pacientes elegibles para esta categoría de asistencia financiera no se les cobrará un importe superior a los cargos calculados de la AGB.

Además, en el caso de los Pacientes sin seguro que califican para un descuento de escala proporcional según lo dispuesto en el Párrafo 2, se debe limitar adicionalmente los cobros, durante un período de 12 meses, al 20 % del ingreso familiar del Paciente.

4. Un Paciente puede no ser elegible para la asistencia financiera descrita en los párrafos del 1 al 3 antes mencionados si se considera que tiene suficientes activos para pagar, de acuerdo con una Prueba de Activos. La Prueba de Activos implica una evaluación sustantiva de la capacidad de pago del Paciente basada en las categorías de activos medidos en la Solicitud de Asistencia Financiera (Solicitud de FAP). Es posible que un Paciente con activos que excedan el 600 % del monto del FPL de ese Paciente no sea elegible para recibir asistencia financiera.
5. La elegibilidad para la asistencia financiera puede determinarse en cualquier momento del ciclo de ingresos y puede incluir el uso de la puntuación presunta para un Paciente con un saldo considerable sin pagar dentro de los primeros 240 días después de la primera factura de alta. Ello a fin de determinar su elegibilidad para la atención de caridad al 100 %, incluso a pesar de que el Paciente no haya completado una Solicitud de Asistencia Financiera ("Solicitud de FAP"). La determinación de la elegibilidad basada en la puntuación presunta solo se aplica al episodio de atención para el que se realiza la puntuación presunta.

Los Pacientes que presenten uno o más de los siguientes criterios serán considerados como presuntamente elegibles para recibir el 100 % de atención de caridad: sin hogar; fallecido sin patrimonio; con discapacidad mental y sin nadie que actúe en su nombre; elegible para Medicaid, pero no en la fecha en la que recibió el servicio o para servicios sin cobertura; inscrito en Medicaid en un estado diferente en el que no se encuentra la Organización ni tiene la intención de convertirse en un proveedor participante; y con participación en Medicaid pero con todos los límites de hospitalización vencidos.

Las categorías obligatorias adicionales incluyen la inscripción en los siguientes programas: Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (Women, Infants and Children Nutrition Program, WIC); Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP); Programa de Almuerzo y Desayuno Gratuitos de Illinois; Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP); inscripción en un programa comunitario que preste atención médica y que evalúe y documente el estado financiero de bajo ingreso como criterio y recepción de subsidio de asistencia para servicios médicos.

6. Para un paciente que participa en determinados planes de seguro que consideran que la Organización está "fuera de la red", la Organización puede reducir o denegar la asistencia financiera que, de otro modo, estaría a disposición del paciente según una revisión de la información del seguro del paciente y otros hechos y circunstancias pertinentes.
7. El Paciente podrá apelar cualquier denegación de elegibilidad para asistencia financiera al proporcionar información adicional a la Organización en un plazo de catorce (14) días calendario a partir de la recepción de la notificación de la denegación. Todas las apelaciones serán examinadas por la Organización para una determinación final. Si la determinación final afirma la denegación previa de Asistencia Financiera, se enviará una notificación escrita al Paciente. El proceso para que los Pacientes y familiares apelen las decisiones de la Organización con respecto a la elegibilidad para recibir asistencia financiera es el siguiente:

- a. Las apelaciones deben ser recibidas inicialmente por Servicios Financieros para Pacientes para su revisión y preguntas de seguimiento, si corresponde.
- b. Entonces, un comité se reunirá todos los meses para examinar todas las apelaciones. Los miembros del comité deben incluir representación de Servicios Financieros para Pacientes, Integración de Misión, Administración de Casos/Servicios Sociales y Finanzas/CFO.

Las apelaciones deben distribuirse a los miembros del comité antes de la reunión mensual para su examen.

- c. Un representante de Servicios Financieros para Pacientes debe estar presente en la reunión del comité para analizar cada caso y proporcionar información adicional que el paciente pueda haber brindado.
- d. El comité revisará la Solicitud de FAP del solicitante con atención especial a información y puntos adicionales provistos por el solicitante en el proceso de apelación.
- e. El comité puede aprobar, desaprobar o posponer la apelación. El comité puede posponer una apelación si se requiere información adicional según las preguntas formuladas durante el análisis de la apelación.
- f. Servicios Financieros para Pacientes comunicará por escrito el resultado de la apelación al paciente o a los miembros de la familia.

## **B. Otra ayuda para Pacientes no elegibles para recibir asistencia financiera**

Los pacientes que no son elegibles para recibir asistencia financiera, según se describió anteriormente, aún pueden calificar para recibir otros tipos de asistencia ofrecida por la Organización. En aras de la integridad, se enumeran estos otros tipos de asistencia aquí, a pesar de no basarse en las necesidades y no estar sujetos al 501(r), pero se incluyen aquí para conveniencia de la comunidad a la que sirve la Organización.

1. Los Pacientes no asegurados que no son elegibles para recibir asistencia financiera recibirán un descuento en función del descuento aplicado al pagador que más pague de la Organización. El pagador que más pague debe ser responsable de, al menos, el 3 % de la población de la Organización conforme a la medición del volumen o de los ingresos brutos provenientes de Pacientes. Si un solo pagador no representa este nivel mínimo de volumen, se deben promediar los contratos de varios pagadores de modo que los términos de pago que se utilicen para el promedio representen, al menos, el 3 % del volumen de negocios de la Organización para ese año determinado.
2. Los Pacientes no asegurados y asegurados que no son elegibles para asistencia financiera pueden recibir un descuento por pronto pago. El descuento por pronto pago puede

ofrecerse además del descuento sin seguro descrito en el párrafo inmediato precedente.

### **C. Limitaciones de los cargos de los Pacientes elegibles para recibir asistencia financiera**

1. A los Pacientes elegibles para recibir asistencia financiera no se les cobrarán de manera individual montos que superen la AGB de la atención de emergencia y otro tipo de atención médicamente necesaria, ni montos superiores a los cargos brutos de toda la demás atención médica. La Organización calcula uno o más porcentajes de AGB por el método "retroactivo", que incluye el cargo por servicios de Medicare y todas las compañías de seguros médicos privados que pagan las reclamaciones a la Organización, todo ello de acuerdo con el 501(r).
2. Se puede obtener una copia gratuita de la descripción del cálculo de la AGB y los porcentajes en el sitio web de la Organización, llamando al 888-693-2252, por correo electrónico en [amitafinancialassistance@amitahealth.org](mailto:amitafinancialassistance@amitahealth.org), o por escrito en:

AMITA Health PFS  
A la atención: Financial Assistance Department  
1000 Remington Blvd., Suite 110  
Bolingbrook, IL 60440

### **D. Solicitud de asistencia financiera y otros tipos de asistencia**

Los Pacientes pueden calificar para recibir asistencia financiera mediante una elegibilidad por puntuación presunta o solicitando asistencia financiera mediante la presentación de una Solicitud de FAP completa. La Solicitud de FAP y sus instrucciones están disponibles en el sitio web de la Organización, llamando al 888-693-2252, por correo electrónico en [amitafinancialassistance@amitahealth.org](mailto:amitafinancialassistance@amitahealth.org), o por escrito a:

AMITA Health PFS  
A la atención: Financial Assistance Department  
1000 Remington Blvd., Suite 110  
Bolingbrook, IL 60440

La Organización exigirá a los no asegurados que trabajen con un asesor financiero para solicitar Medicaid u otros programas de asistencia pública para los cuales se considere que el Paciente es potencialmente elegible. Ello a fin de calificar para la asistencia financiera (excepto cuando sea elegible y se apruebe a través de una puntuación presunta). Se puede negar asistencia financiera a un Paciente si éste proporciona información falsa en una Solicitud de FAP o en relación con el proceso de elegibilidad de puntuación presunta, si el paciente se niega a asignar los ingresos del seguro o el derecho a recibir el pago directamente de una compañía de seguros que puede estar obligada a pagar la atención prestada, o si el paciente se niega a trabajar con un asesor financiero para solicitar Medicaid u otros programas de asistencia pública para los que se considere que es potencialmente elegible con el fin de calificar para recibir asistencia financiera (excepto cuando sea elegible y aprobado a través de la puntuación presunta). La Organización podrá tener en cuenta una solicitud de FAP completada menos de seis meses antes de cualquier fecha de determinación de elegibilidad para tomar una determinación sobre la elegibilidad para un episodio actual de atención. La Organización no considerará una Solicitud de FAP completada más de seis meses antes de cualquier fecha de determinación de elegibilidad.

### **E. Facturación y cobro**

Las medidas que la Organización puede tomar en caso de falta de pago se describen en una política de facturación y cobro separada. Se puede obtener una copia gratuita de la política de facturación y cobro en el sitio web de la Organización o llamando al 888-693-2252, por correo

electrónico en [amitafinancialassistance@amitahealth.org](mailto:amitafinancialassistance@amitahealth.org), o por escrito a:

AMITA Health PFS  
A la atención: Financial Assistance Department  
1000 Remington Blvd., Suite 110  
Bolingbrook, IL 60440

#### **F. Interpretación**

Esta política, junto con todos los procedimientos aplicables, debe cumplirse, interpretarse y aplicarse de conformidad con el 501(r) excepto que se indique expresamente lo contrario.

## **REFERENCIAS**

- a. Política administrativa de Ascensión #600 – Asistencia financiera para los necesitados
- b. Formulario de solicitud de asistencia financiera
- c. Resumen de la Política de Asistencia Financiera en lenguaje sencillo
- d. Lista de proveedores cubiertos y no cubiertos de conformidad con la Política de Asistencia Financiera
- e. Suma Facturada Normalmente