



## POLÍTICA ADMINISTRATIVA

**CATEGORÍA:** ADMINISTRACIÓN **POLÍTICA:** AD-115

**TÍTULO:** ASISTENCIA ECONÓMICA/DESCUENTOS PARA PACIENTES NO ASEGURADOS/SUPUESTA ELEGIBILIDAD **INICIO:** 3/04

**REVISIÓN:** 5/04, 7/04, 2/05, 4/06, 6/07, 11/07, 4/08, 2/09, 1/11, 6/11, 6/12, 1/13, 1/14, 12/15, 5/16.

Thorek Memorial Hospital (TMH) se compromete a satisfacer las necesidades de todas las personas en sus comunidades, incluidas las de aquellas personas que no pueden pagar su atención médica. Por lo tanto, TMH proporciona asistencia económica a todos los pacientes que reúnen los requisitos para recibir asistencia económica y servicios con descuento de conformidad con esta política.

### Compromiso de proporcionar atención médica de urgencia

TMH proporciona, sin discriminar, atención para afecciones médicas de urgencia a las personas, independientemente de que reúnan los requisitos o no para recibir asistencia de conformidad con esta política. TMH no tomará medidas que impidan a las personas recibir atención médica de urgencia, como la obligación de los pacientes de pagarle al Departamento de Urgencias antes de recibir tratamiento para afecciones médicas de urgencia o el permiso para que las entidades de cobro de deudas interfieran en la provisión de la atención médica de urgencia sin discriminar. Los servicios médicos de urgencia, incluidas las transferencias de urgencia, conforme a la Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (Ley de Tratamiento Médico y Trabajo de Parto Activo de Urgencia o EMTALA, por sus siglas en inglés), 42 USC 1395dd, se prestan a todos los pacientes de TMH sin discriminar, de acuerdo con la política de EMTALA de TMH.

### Servicios que reúnen los requisitos

Esta política solo se aplica a los cargos por servicios de urgencia u otros servicios médicamente necesarios prestados por TMH. No se puede recibir asistencia económica por los servicios optativos. El **Anexo A**, que se encuentra adjunto a esta política, incluye una lista de todos los proveedores, además de TMH, que proporcionan atención de urgencia u otra atención médicamente necesaria en TMH y especifica cuáles proveedores están cubiertos por esta política y cuáles no.

### Política de asistencia económica

Los pacientes de TMH cuyo nivel de ingresos se encuentre por debajo del 600% con respecto al Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) se tendrán en cuenta para recibir asistencia económica. Se define la asistencia económica como la condonación de la totalidad o de un porcentaje de la deuda pendiente del paciente por el ingreso de un paciente en el hospital, un servicio ambulatorio en TMH o cualquier atención médicamente necesaria proporcionada por el hospital. Se otorgará asistencia económica a aquellos pacientes, independientemente del sexo, la raza, el color, el credo o la religión, que presenten las siguientes características:

- No tengan cobertura de seguro externa.
- Tengan una cobertura de seguro insuficiente.
- No cuenten con la aprobación para recibir asistencia económica a través de programas consolidados, como Asistencia Pública.
- Se hayan declarado en quiebra y se les haya saldado la deuda.
- Cumplan con los criterios de elegibilidad siguientes.
- Tengan informes de crédito que indiquen puntajes crediticios inferiores a 600 o varios acreedores que identifiquen cuentas con montos altos impagos.
- Tengan activos limitados para cumplir con las obligaciones económicas.

#### Elegibilidad y solicitud de asistencia económica

Solo TMH determinará la elegibilidad para recibir asistencia económica sobre la base de la información financiera del paciente que obtenga de manera confidencial. Los pacientes deben presentar un formulario de solicitud (**Anexo B**) a TMH personalmente o enviarlo por correo postal, correo electrónico o fax (consulte la información de contacto siguiente) para solicitar asistencia económica. La determinación de elegibilidad para recibir asistencia económica se tomará tan pronto como sea posible, pero de ningún modo interferirá en la provisión de la atención médica. La información financiera que se debe proporcionar y revisar para determinar la elegibilidad incluye, entre otros datos, lo siguiente:

- una ficha de trabajo completa con información sobre activos y pasivos (consulte la solicitud para recibir asistencia económica adjunta);
- una constancia de ingresos (por ej., Declaración de Impuestos 1040, Formularios W-2 y tres recibos de pago recientes);
- una copia de los estados de cuenta más recientes de todas las cuentas corrientes, de ahorros y de inversión;
- una copia impresa de computadora del estado de Illinois que muestre los beneficios por desempleo que se recibieron durante el último año, si hubiere alguno;
- la documentación de los gastos de subsistencia mensuales;
- cualquier otra información pertinente que se proporcione o solicite que ayudaría a determinar la elegibilidad.

Se otorgará la aprobación sobre la base de lo siguiente:

- Las pautas federales de pobreza para los ingresos:
  1. Se les condonará el 100% de la deuda a las personas cuyo nivel de ingresos sea del 200% o inferior con respecto al FPL.
  2. Para las personas cuyo nivel de ingresos sea de entre el 201% y el 600% con respecto al FPL:
    - a. En el caso de los pacientes no asegurados, el paciente paga el monto menor de los siguientes dos métodos: El 135% del costo (de acuerdo con la política de descuentos para pacientes no asegurados que se encuentra a continuación) o el AGB (monto generalmente facturado, es decir, el monto permitido de Medicare).
    - b. En el caso de los pacientes asegurados, con respecto al saldo a cargo del paciente después del seguro, el paciente no paga más que el AGB (el monto permitido de Medicare).
  3. Los montos de condonación que TMH determine dependen de las consideraciones de activos/pasivos.

- La cooperación del paciente para la solicitud de asistencia médica u otros recursos económicos que se puedan obtener de fuentes externas.
- El historial de pagos del paciente/garante.
- Otros activos del paciente disponibles para pagar la factura.
- Los recursos totales disponibles para los pacientes.
- La verificación de que ninguna otra fuente de pago (título XIX, asistencia social local, custodio, etc.) se encuentra disponible para el paciente.
- La solicitud y todos los documentos de respaldo se reciben en el momento de la prestación del servicio o en el plazo de 60 días a partir de la fecha de prestación del servicio o de la determinación de responsabilidad del paciente.

La aprobación de la asistencia económica se basará en el nivel de deuda pendiente de la siguiente manera:

<u>Saldo de la cuenta</u>	<u>Autoridad de aprobación</u>
Hasta \$2,500	Supervisor de cobro
De \$2,501 a \$5,000	Director de Cuentas de Pacientes
De \$5,001 a \$25,000	Director financiero
\$25,001 o más	Presidente

El hospital le informará al paciente la determinación de elegibilidad mediante una carta en un plazo de diez días después de la aprobación. Un paciente puede volver a presentar una solicitud en cualquier momento si hay cambios en los ingresos, los activos o la cantidad de integrantes en la familia.

La solicitud aprobada tiene vigencia durante seis (6) meses, a menos que haya cambiado la información financiera desde la solicitud.

A partir de la fecha de esta revisión, la tabla en el **Anexo C** resume las pautas federales de pobreza vigentes que se encuentran publicadas en el Registro Federal y se actualizarán todos los años.

Si TMH no puede obtener información adecuada para determinar la elegibilidad para recibir asistencia económica por cualquier motivo, incluida la falta de cooperación, los montos asociados NO se considerarán para la asistencia económica.

#### Política de descuentos para pacientes no asegurados

Todos los pacientes no asegurados de TMH cuyos ingresos familiares se encuentren entre el 201% y el 600% con respecto al FPL se considerarán para recibir un descuento de conformidad con la Ley de Descuentos para Pacientes No Asegurados de los Hospitales de Illinois (Ley). El descuento se determina multiplicando los cargos del hospital por un factor de descuento para pacientes no asegurados del 135% de los costos, según se define en la Ley. El monto máximo que se puede cobrar en un período de 12 meses por servicios de atención médica prestados por



TMH en virtud de esta disposición es el 25% de los ingresos familiares del paciente y está sujeto a la continuación de la elegibilidad del paciente en virtud de la Ley, siempre y cuando, no obstante, este monto máximo que se puede cobrar no se aplique a pacientes no asegurados con activos que tengan un valor superior al 600% con respecto al FPL (sin incluir la residencia principal del paciente, los bienes personales exentos de valoración en virtud de la ley de Illinois o determinados montos que se conservan en un plan de pensión o jubilación).

A los efectos de esta disposición, un “paciente no asegurado” hace referencia a un residente no asegurado de Illinois, quien no es beneficiario en virtud de un seguro de salud, beneficio de salud u otro programa de cobertura de salud público o privado, incluidos los planes del seguro de salud con deducible alto, los seguros de indemnización del trabajador, los seguros de responsabilidad civil por accidentes u otros seguros de responsabilidad civil por daños a terceros.

Un paciente no asegurado que recibe una tasa de descuento debe cooperar con el hospital para establecer un plan de pago razonable, que tenga en cuenta los ingresos y activos disponibles, el monto de la factura con descuento, los pagos anteriores y otras reclamaciones médicas pendientes. El paciente debe actuar de buena fe y hacer todo lo posible por cumplir con el plan de pago acordado. Los pacientes son responsables de comunicar cualquier cambio en su situación financiera que pueda afectar su capacidad para pagar las facturas con descuento del hospital o para cumplir con las disposiciones de sus planes de pago.

#### Método para calcular los montos que se cobran a los pacientes

Después de haberse determinado la elegibilidad de conformidad con esta política, un paciente que reúna los requisitos para recibir asistencia económica no deberá pagar más que los montos generalmente facturados a las personas que tienen un seguro que cubre la atención de urgencia u otra atención médicamente necesaria (AGB). TMH calcula el AGB con el método prospectivo de Medicare, lo que significa que TMH determina el AGB por la atención de urgencia u otra atención médicamente necesaria que se le proporciona a una persona que reúne los requisitos para recibir asistencia económica mediante el proceso de facturación y codificación que TMH usaría si el paciente fuera beneficiario de Medicare y el establecimiento del AGB por la atención médica según el monto que Medicare permitiría para la atención médica (incluido el monto que Medicare reembolsaría y el monto que el beneficiario sería responsable personalmente de pagar como copagos, coseguro y deducibles). TMH no le factura cargos brutos a las personas que reúnen los requisitos para recibir asistencia económica en virtud de esta política ni espera que estas los paguen.

#### Medidas para la difusión generalizada de disponibilidad de asistencia económica

TMH proporcionará un medio de comunicación de la disponibilidad de asistencia económica para todos los pacientes que incluye letreros en áreas adecuadas del hospital, como la oficina de ingresos, la sala de urgencias y las clínicas ambulatorias. La comunicación también será en los idiomas adecuados según el área de servicio del hospital. Si el paciente lo solicita, los departamentos y las personas designadas se encontrarán a disposición para explicar la política de asistencia económica. Se realizarán clases educativas en servicio todos los años para garantizar que el personal comprenda completamente esta política y pueda responder las preguntas de los pacientes.

### Política de supuesta elegibilidad

Se considerará que los pacientes no asegurados que cumplen con uno o más de los siguientes criterios supuestamente reúnen los requisitos para recibir asistencia económica sin que el hospital deba realizar un análisis minucioso adicional. Esta política de supuesta elegibilidad se aplicará tan pronto como sea posible después de la prestación de servicios de atención médica y antes de la emisión de cualquier factura. La siguiente es una lista de criterios de supuesta elegibilidad:

- Ser una persona sin hogar.
- Ser el beneficiario de un difunto sin bienes testamentarios.
- Tener una discapacidad mental sin poder contar con una persona que actúe en representación del paciente.
- Reunir los requisitos para recibir Medicaid, pero no en la fecha del servicio o para un servicio sin cobertura.
- Estar inscrito en los siguientes programas de asistencia para personas de bajos ingresos cuyo nivel de ingresos como criterio de elegibilidad es del 200% o inferior con respecto a las pautas federales de pobreza para los ingresos:
  - Women, Infants and Children Nutrition Program (Programa Nutricional para Mujeres, Infantes y Niños o WIC, por sus siglas en inglés);
  - Supplemental Nutrition Assistance Program (Programa Complementario de Asistencia Nutricional o SNAP, por sus siglas en inglés);
  - Programa de Desayuno y Almuerzo Gratuitos de Illinois;
  - Low Income Home Energy Assistance Program (Programa de Asistencia Energética para Familias de Bajos Ingresos o LIHEAP, por sus siglas en inglés);
  - inscripción en un programa organizado comunitario que proporcione acceso a atención médica y que evalúe y documente la situación económica limitada de bajos ingresos como un criterio para ser miembro;
  - recepción de asistencia en forma de subsidios para servicios médicos.

### Medidas tomadas en caso de incumplimiento en el pago

Se describe información adicional sobre las medidas que TMH puede tomar en caso de incumplimiento en el pago en la otra política de facturación y cobro. El público puede obtener una copia gratuita de esta otra política solicitándosela a TMH con la información de contacto que se incluye a continuación.

### Información de contacto del hospital

Sitio web: [www.thorek.org](http://www.thorek.org)

Teléfono: 773-975-6843

Fax: 773-975-3220

#### Por correo postal o en persona:

Thorek Memorial Hospital  
850 W. Irving Park Road  
Chicago, IL 60613

A/A: Patient Financial Services (Financial Counselor)

*(Cuando se presente en persona, solicite ver a un asesor financiero en la recepción del hospital).*

[Firma]

---

Ned Budd , presidente y CEO (director ejecutivo)



## ANEXO A LISTA DE PROVEEDORES

Thorek Memorial Hospital conserva su lista de proveedores en un documento diferente de esta Política de Asistencia Económica. Se puede acceder a la lista en [www.thorek.org](http://www.thorek.org) o se puede comunicar con Thorek Memorial Hospital para obtener más información usando los siguientes medios:

Teléfono: 773-975-6843

Por correo postal o en persona:

Thorek Memorial Hospital

850 W. Irving Park Road

Chicago, IL 60613

A/A: Patient Financial Services (Financial Counselor)

*(Cuando se presente en persona , solicite ver a un asesor financiero en la recepción del hospital).*

## ANEXO B

### SOLICITUD DE ASISTENCIA ECONÓMICA

Importante: ES POSIBLE QUE RECIBA ATENCIÓN MÉDICA DE MANERA GRATUITA O CON UN DESCUENTO: Si completa esta solicitud, ayudará a Thorek Memorial Hospital a determinar si puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que pueden ayudarlo a pagar su atención médica. Envíe esta solicitud al hospital.

SI NO ESTÁ ASEGURADO, NO NECESITA UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA REUNIR LOS REQUISITOS PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA GRATUITA O CON UN DESCUENTO. Sin embargo, se necesita un número de Seguro Social para algunos programas públicos, incluido Medicaid. No es necesario proporcionar un número de Seguro Social, pero esto ayudará al hospital a determinar si reúne los requisitos para algún programa público.

Complete este formulario y preséntelo al hospital personalmente o envíelo por correo postal, correo electrónico o fax para solicitar atención médica gratuita o con un descuento en el plazo de 60 días a partir de la fecha del alta o de la recepción de la atención médica ambulatoria .

El paciente reconoce que ha actuado de buena fe y ha hecho todo lo posible para proporcionar toda la información solicitada en la solicitud a fin de ayudar al hospital a determinar si el paciente reúne los requisitos para recibir asistencia económica.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_

¿El paciente residía en Illinois en el momento de la prestación del servicio?    S    N

¿El paciente estuvo involucrado en un supuesto accidente?    S    N

¿El paciente fue víctima de un supuesto delito?    S    N

SSN (Número de Seguro Social): \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Información del grupo familiar/la familia:

Cantidad de personas en el grupo familiar/la familia del paciente: \_\_\_\_\_

Cantidad de personas que son personas dependientes del paciente: \_\_\_\_\_

Edades de las personas dependientes del paciente: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ingresos mensuales: \_\_\_\_\_

Garante (el cónyuge si es la parte responsable; el padre o la madre si se trata de un menor):

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ingresos mensuales: \_\_\_\_\_

ADJUNTE AL MENOS UNO DE LOS SIGUIENTES ELEMENTOS PARA DOCUMENTAR LOS INGRESOS Y ACTIVOS, Y RESPALDAR LA SOLICITUD DE ASISTENCIA ECONÓMICA:

- 1) UNA COPIA DE LA DECLARACIÓN FISCAL MÁS RECIENTE DEL SOLICITANTE Y FORMULARIOS W-2;
- 2) UNA COPIA DE TODOS LOS RECIBOS DE PAGO O LAS CONSTANCIAS DE SALARIO DE LOS EMPLEADORES QUE INDIQUEN LOS INGRESOS BRUTOS PARA EL PERÍODO A PARTIR DEL AÑO DE LA DECLARACIÓN FISCAL QUE SE INCLUYÓ EN EL PUNTO 1) ANTERIOR;
- 3) UNA COPIA IMPRESA DE COMPUTADORA DEL SERVICIO DE TRABAJO DE ILLINOIS QUE MUESTRE TODOS LOS BENEFICIOS POR DESEMPLEO DURANTE LOS ÚLTIMOS CUATRO TRIMESTRES, SI HUBIERE ALGUNO;
- 4) UNA COPIA DE LOS ESTADOS DE CUENTA MÁS RECIENTES (3) DE TODAS LAS CUENTAS CORRIENTES, DE AHORROS Y DE INVERSIÓN;
- 5) UNA COPIA DE TODAS LAS FACTURAS MÉDICAS PENDIENTES QUE SE TENGAN CON OTRAS PERSONAS O INSTITUCIONES QUE NO SEA THOREK (MÉDICOS, SALA DE URGENCIAS, ETC.);
- 6) SI RECIBE BENEFICIOS DEL SEGURO SOCIAL O POR DISCAPACIDAD, PROPORCIONE UNA COPIA DE LA CARTA DE OTORGAMIENTO DE BENEFICIOS.

Si no puede proporcionar ningún documento relacionado con sus ingresos, complete la siguiente declaración:

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre), certifico que no tengo documentos que prueben los ingresos mensuales de mi familia de \$\_\_\_\_\_.

Supuesta elegibilidad: Los pacientes NO ASEGURADOS que demuestren cumplir uno de los criterios de supuesta elegibilidad de manera individual o a través de los beneficios que se proporcionan a su familia reúnen automáticamente los requisitos para recibir atención médica gratuita y no se les solicitará una constancia de ingresos. No es necesario proporcionar más documentación.

*Certifico que la información que se incluye en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Solicitaré asistencia estatal, federal o local para la cual pueda reunir los requisitos para ayudar a pagar esta factura del hospital. Comprendo que el hospital puede verificar la información proporcionada y autorizo al hospital a comunicarse con terceros para verificar la veracidad de la información proporcionada en esta solicitud. Comprendo que si, a sabiendas, proporciono información falsa en esta solicitud, no reuniré los requisitos para recibir asistencia económica, toda asistencia económica que se me haya otorgado se puede anular y seré responsable del pago de la factura del hospital.*

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

.....



Para uso exclusivo de la oficina

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_

Número de cuenta del paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE ACTIVOS**

1) Cuenta de ahorros: Saldo actual \$ \_\_\_\_\_

Institución financiera \_\_\_\_\_

Número de cuenta \_\_\_\_\_

2) Cuenta corriente: Saldo actual \$ \_\_\_\_\_

Institución financiera \_\_\_\_\_

Número de cuenta \_\_\_\_\_

3) Otros activos: Acciones \_\_\_\_\_ Empresa \_\_\_\_\_

Valor en efectivo del seguro de vida \$ \_\_\_\_\_ Empresa \_\_\_\_\_

Otro \$ \_\_\_\_\_ Explique. \_\_\_\_\_

4) Bienes inmuebles: Automóvil \_\_\_\_\_

Marca	Modelo	Año	Valor	Monto adeudado
-------	--------	-----	-------	----------------

Propiedad residencial y otros bienes

Describir: \_\_\_\_\_ Valor \$ \_\_\_\_\_

Monto adeudado \$ \_\_\_\_\_

5) Otros préstamos o pasivos financieros

Nombre de la institución	Propósito del préstamo	Pagos mensuales	Saldo
--------------------------	------------------------	-----------------	-------

Nombre de la institución	Propósito del préstamo	Pagos mensuales	Saldo
--------------------------	------------------------	-----------------	-------

6) Tarjetas de crédito \_\_\_\_\_

Pago mensual	Saldo	Límite de crédito
--------------	-------	-------------------

Pago mensual	Saldo	Límite de crédito
--------------	-------	-------------------

7) Indique el monto total de los gastos de subsistencia mensuales de su familia para lo siguiente:

Vivienda	_____
Transporte	_____
Cuidado infantil	_____
Préstamos	_____
Gastos médicos	_____
Otros gastos	_____
Total de gastos de subsistencia mensuales	\$ _____

.....

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA:**

Ingresos anuales (de declaraciones de impuestos, formularios W-2, recibos de pago) \$ \_\_\_\_\_

Cantidad de integrantes en la unidad familiar \_\_\_\_\_ Pautas de pobreza (x2) \_\_\_\_\_

Pautas de pobreza (x3) \_\_\_\_\_

Información verificada por: \_\_\_\_\_

Aprobada ( )                      Desaprobada ( )

Firma de la persona autorizada (consulte la política de asistencia económica)

\_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Reúne los requisitos para PA   Sí \_\_\_\_\_                      No \_\_\_\_\_

Reúne los requisitos para SSI   Sí \_\_\_\_\_                      No \_\_\_\_\_

Historial de puntaje crediticio:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANEXO C**  
**PAUTAS FEDERALES DE POBREZA**

<u>Cantidad de integrantes en la familia</u>	<u>Ingresos anuales</u>	<u>200%</u>	<u>600%</u>
1	\$11,880	\$23,760	\$71,280
2	\$16,020	\$32,040	\$96,120
3	\$20,160	\$40,320	\$120,960
4	\$24,300	\$48,600	\$145,800
5	\$28,440	\$56,880	\$170,640
6	\$32,580	\$65,160	\$195,480
7	\$36,730	\$73,460	\$220,380
8	\$40,890	\$81,780	\$245,340

En el caso de las familias de más de ocho integrantes, agregue \$4,160 a los ingresos anuales por cada integrante adicional. Estas pautas se actualizarán todos los años después de su revisión y publicación por parte del Gobierno Federal en el Registro Federal.