



Fecha de creación: 08/1996

Última fecha de aprobación: 05/2016

Última fecha de revisión: 05/2016

Siguiete revisión: 05/2019

Propietario: Dennis Pluard: Director Financiero y Vicepresidente de Operaciones

Área de la política: Finanzas

Referencias:

Programa de Ayuda Financiera

Número de política

AFPP7

OBJETIVO:

Especificar el marco de acuerdo con el cual se podría proporcionar ayuda financiera a los pacientes que no tengan la capacidad económica para pagar por los servicios que sean médicamente necesarios.

DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA:

Sarah Bush Lincoln Health System (SBLHS) proporcionará, sin discriminación, atención para situaciones médicas de emergencia (incluso tratamiento médico de urgencia y atención de trabajo de parto activo, de acuerdo con la ley EMTALA), independientemente de la elegibilidad de un paciente para otros servicios o ayuda financiera, conforme se describe en esta política. Los pacientes son elegibles para solicitar ayuda financiera solamente para servicios que sean médicamente necesarios. En ningún caso, se le negarán a un paciente los servicios que sean médicamente necesarios debido a la falta de pago de servicios anteriores o de alguna cuenta anterior. La Gerencia de SBLHS se reserva el derecho de modificar las disposiciones de esta política sobre la base de los hechos y situaciones que se presenten en cada caso individual. La Junta Directiva de SBLHS delega la autoridad para modificar todos y cada uno de los documentos anexos a esta política al Presidente y Director Ejecutivo (CEO) o Director Financiero (CFO) y Vicepresidente de Operaciones.

A. Definiciones:

Para los fines de esta política, los términos se definen en el **(Anexo A)**.

B. Restricciones geográficas:

1. Sarah Bush Lincoln proporcionará los servicios que sean médicamente necesarios a los pacientes sin seguro y con seguro de cobertura insuficiente que residan en la zona de los siguientes nueve (9) condados de Illinois, Coles, Moultrie, Douglas, Shelby, Effingham, Jasper, Cumberland, Clark y Edgar. Además, los servicios que se detallan en el **(Anexo B)** no se proporcionarán a los pacientes sin seguro ni a los pacientes con seguro de cobertura insuficiente, independientemente de su lugar de residencia.

C. Comunicación e implementación del Programa:

Es la intención de SBLHS que se tomen medidas para dar a conocer ampliamente la política dentro de las comunidades que servimos. Estas incluyen, entre otras:

1. Letreros y folletos que se colocan en las salas de espera del servicio del Departamento de Urgencias, el área de Ingresos y Registro, los consultorios de los médicos y otras áreas apropiadas de las instalaciones del Sistema. Estos letreros y folletos especificarán que las instalaciones de SBLHS ofrecen ayuda financiera para servicios médicos, y describirán cómo obtener más información. **Se exhibirá la señalización proporcionada por el National Health Service Corps (NHSC, [Cuerpo Nacional de Servicio de Salud]) que explica nuestra participación.**

2. El personal de registro, los asesores financieros y directores de las clínicas que sean designados para explicar la política de ayuda financiera de SBLHS.
3. Publicación en la página web de SBLHS, información sobre los estados de cuenta del paciente, comunicación con los pacientes por escrito y de forma verbal documentada, comunicación con los médicos, proveedores de nivel medio y centros de salud de la comunidad.
4. Todos los empleados nuevos reciben instrucción básica sobre el programa durante sus primeros 30 días de empleo en Orientación General del Empleado.
5. Los clientes que busquen ayuda financiera podrán recoger una solicitud de ayuda financiera que encontrarán en todos los sitios de Sarah Bush Lincoln o podrán obtener una solicitud a través de la página web de Sarah Bush Lincoln en www.sarahbush.org. También, en el **(Anexo C)** de esta política se puede tener acceso a una solicitud de ayuda financiera e imprimirla.
6. El cliente deberá revisar el formulario de la solicitud para ver cuáles son los requisitos necesarios que coincidan con su situación. La solicitud y la documentación de respaldo deberán enviarse por correo a Sarah Bush Lincoln, PO Box 372, Mattoon, Illinois 61938 o pueden entregarse en el Departamento de Servicios Financieros de Sarah Bush Lincoln, en la dirección 1005 Health Center Drive, Suite 201, Mattoon, Illinois 61938.
7. Se puede tener acceso al resumen en lenguaje sencillo en el **(Anexo D)**.
8. Se puede tener acceso a una lista de los proveedores que prestan servicios de urgencia u otros servicios que sean médicamente necesarios en el sitio web www.sarahbush.org o se puede solicitar una copia impresa, poniéndose en contacto con Sarah Bush Lincoln, Patient Financial Services Department, PO Box 372, Mattoon, Illinois 61938.
9. La prestación de servicios de beneficencia se registrará por una revisión tanto administrativa como clínica. A todos los empleados, así como al público en general, se les proporciona instrucción relacionada con los criterios y procedimientos que deben seguirse para la aplicación de esta política de ayuda financiera. SBLHS y sus corporaciones subsidiarias podrán procurar ayuda para la financiación de los servicios de beneficencia de las fuentes disponibles, tales como ayuda filantrópica, asistencia pública y ayuda del condado.

D. Políticas de facturación y cobranza:

Los pacientes no serán turnados a una agencia de cobranzas para el cobro de su cuenta, no estarán sujetos a un proceso legal o judicial ni se enviará un informe sobre ellos al servicio de información de la oficina de crédito hasta que se hayan hecho esfuerzos razonables por determinar si la persona es elegible para recibir ayuda financiera de acuerdo con esta política. Consulte ("**Patient Financial Services Billing and Collection Policy**") [Política de facturación y cobranza de los Servicios Financieros del Paciente).

E. Los esfuerzos razonables consisten en:

1. La notificación de la disponibilidad de ayuda financiera para las personas calificadas, como se especifica en esta política, al momento del ingreso, registro o programación de los servicios ya sea por escrito o documentada verbalmente;
2. La inclusión de estados de cuenta enviados a la dirección de facturación del paciente o fiador que informen al paciente el saldo de su cuenta y la disponibilidad de ayuda financiera; o
3. Cartas y llamadas telefónicas al paciente o fiador, solicitando el pago en su cuenta e informando de la disponibilidad de ayuda financiera.

Las cuentas que se den de baja como deudas incobrables y se turnen a una agencia de cobranzas, pero que más adelante se determine que califican para ayuda financiera se pondrán en espera en la agencia de cobranzas y se agregarán a los saldos que se consideren para ayuda financiera. El monto del ajuste aplicable a las cuentas en la agencia de cobranzas se transmitirá a la agencia después de realizar el ajuste.

Cualquier paciente o miembro de la familia que dé información falsa o que reciba beneficios de una póliza de seguro o de un acuerdo de responsabilidad que no se apliquen al saldo de la cuenta original se notificarán de tal manera y se revocará cualquier descuento de la póliza que haya sido emitido.

Cualquier solicitud que se reciba se procesará durante el período de solicitud de 240 días a partir de la fecha del registro del alta. El paciente tendrá un período adicional de 30 días inmediatamente después de los 240 días de la fecha de la solicitud para proporcionar la documentación adicional que SBL requiera del paciente para tramitar la solicitud. El incumplimiento por parte del paciente o familiar de proporcionar la información verbal o los documentos requeridos dentro de los 30 días siguientes a la petición podría considerarse como razón suficiente para dar por terminado el proceso y dar lugar a la posterior denegación de ayuda.

La recepción de las Federal Poverty Guidelines ("FPG", por sus siglas en inglés [Pautas Federales de Pobreza]) publicadas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, no afectará ningún acuerdo de pago establecido al momento de la recepción. Las HHS FPG más recientes las puede encontrar en <http://aspe.hhs.gov/poverty>.

Los pacientes o familiares que incurran en saldos adicionales de pago por cuenta propia y que anteriormente hayan calificado para ayuda seguirán estando calificados por un período de doce meses después de que se decida su determinación inicial para ayuda. Se debe completar una solicitud nueva de ayuda financiera si la solicitud más reciente es de hace más de 12 meses. Si la solicitud anterior es de hace menos de doce meses, se darán de baja los nuevos saldos de pago por cuenta propia en la medida permitida por la solicitud en el archivo. Los servicios que no son elegibles para considerarse para la ayuda financiera se detallan en el **Anexo B**:

F. Procedimiento para la determinación

Al establecer la responsabilidad de pago del paciente, SBLHS analizará el ingreso familiar. El ingreso familiar se define como los ingresos y beneficios en efectivo anuales provenientes de todas las fuentes antes de impuestos, menos el pago de pensión alimenticia, y las contribuciones del fiador y cónyuge del fiador o de la pareja requeridas por el empleador. Pareja significa una persona que haya establecido una unión civil de conformidad con la Ley de Protección de la Libertad Religiosa y Unión Civil de Illinois [750 ILCS 75] o la Ley de Libertad Religiosa y Legitimidad del Matrimonio Igualitario [750 ILCS 80]. SBLHS aplicará varias pruebas tanto al solicitante asegurado como al no asegurado para determinar la responsabilidad financiera. El saldo más bajo que se determine a partir de estas pruebas será la obligación financiera del fiador. Cualquier saldo de la cuenta que exceda la capacidad financiera más baja que se haya calculado se dará de baja como un descuento de beneficencia.

- 1. Prueba de ingreso familiar:** El ingreso familiar se utiliza para determinar la obligación financiera. El ingreso familiar disponible se calcula como el quince por ciento (15 %) del ingreso familiar, por encima del ciento treinta por ciento (130 %) de las FPG durante un período de cuatro (4) años. En otras palabras, no más del sesenta por ciento (60 %) del ingreso familiar por encima del ciento treinta por ciento (130 %) de las FPG se considerará ingreso familiar disponible. El ingreso familiar se determinará mediante la revisión de la declaración de impuestos federales presentada más recientemente o se calculará aproximadamente sobre la base de la solicitud completa, así como de una revisión de los documentos de respaldo pertinentes a la información en la solicitud, tales como recibos de nómina recientes y la cantidad aproximada del apoyo de miembros de la familia.
- 2. Prueba del descuento:** Un descuento proporcional se aplicará a las cuentas de pacientes con ingresos a partir del ciento treinta por ciento (130 %) de las FPG, según lo publicado al momento en que se complete la solicitud, y hasta el cuatrocientos por ciento (400 %) de las FPG. Por cada incremento del ingreso, hasta el 400 % de las FPG, el descuento disminuye en un 10 % de puntos. Si el ingreso de un paciente es inferior a ciento treinta por ciento (130 %) de las FPG, recibe un descuento del 100 %.
- 3. Prueba de la cantidad que se factura generalmente (AGB, por sus siglas en inglés [Amount Generally Billed]):** A cualquier paciente elegible para ayuda financiera se le facturará no más de una cantidad determinada al multiplicar los cargos brutos de toda la atención médica de urgencia y los servicios médicamente necesarios que se hayan proporcionado a dicha persona por el porcentaje de la cantidad que se factura generalmente (AGB). Los fiadores con un ingreso familiar menor que el 400 % de las FPG son elegibles para el descuento AGB. El porcentaje AGB es el

porcentaje que se calcula anualmente, el cual es igual a (i) la cantidad de dinero total de las reclamaciones pagadas por toda la atención médica de urgencia y otros servicios médicamente necesarios durante el período de doce (12) meses que finaliza en diciembre de cada año, por Medicare y todos las empresas de seguros médicos privados como los pagadores primarios, junto con las partes asociadas de esas reclamaciones adeudadas por parte de los beneficiarios de Medicare o personas aseguradas por copagos, coaseguros o deducibles, más cualquier suma total o pagos de ajuste relacionados con la atención de pacientes por Medicare u otros pagadores divididos entre (ii) los cargos brutos aplicables a todas las reclamaciones incluidas en el cálculo de la cantidad bajo la cláusula (i). El porcentaje AGB se aplicará a todas las cuentas de los solicitantes elegibles, vigente treinta (30) días después de la finalización del período de doce (12) meses que se utiliza para determinar el porcentaje AGB. Solamente los servicios de urgencia o médicamente necesarios serán elegibles para su consideración en este cálculo.

4. **Prueba de ajustado al costo:** (Exclusivamente pacientes sin seguro) Los pacientes con ingreso menor al ciento treinta por ciento (130 %) de las FPG recibirán un descuento del 100 %. En cuanto a los pacientes con un ingreso entre ciento treinta por ciento (130 %) y cuatrocientos por ciento (400 %) de las FPG, se aplicará un descuento igual a la diferencia entre los cargos en la cuenta y el ciento treinta y cinco por ciento (135 %) del costo. El costo se determinará mediante la aplicación de la relación del costo de paciente hospitalizado con los cargos del informe de costos de Medicare presentado más recientemente (Hoja de trabajo C Parte I). Anualmente se presentará una copia de la Hoja de trabajo C Parte I ante el Procurador General del Estado de Illinois. No calificarán los fiadores con un ingreso familiar superior al cuatrocientos por ciento (400) de las FPG.

El importe máximo que se cobre en un período de 12 meses a un fiador elegible es de veinticinco (25 %) del ingreso bruto anual de la familia. El periodo de tiempo comienza a partir de la primera fecha del servicio que se determine que es elegible para un descuento. En cuanto a cualquier servicio posterior que deba incluirse en el máximo, el paciente debe informar al hospital haber recibido servicios anteriores de ese hospital, que fueron determinados como elegibles para descuento.

G. **Determinación de elegibilidad y procesamiento de solicitudes:**

Los pacientes que procuren ayuda financiera tendrán que presentar una solicitud por escrito para la determinación de elegibilidad. Esta solicitud debe incluir una solicitud completa y firmada, así como los documentos anexos apropiados que cubran los datos de los ingresos relacionados con el fiador. Los niveles de ingreso serán verificados por el personal de ayuda financiera de los Servicios Financieros del Paciente a través de la comunicación directa. A los pacientes que presenten menos información de la requerida por la [Ley de Descuentos para No Asegurados](#) (declaración de impuestos más reciente, o los formularios W-2 o 1099 más recientes, copias de los dos últimos recibos de nómina; o verificación por escrito de ingresos por parte del empleador; o alguna otra forma razonable de verificación del ingreso por parte de un tercero) **(Anexo E)** se les notificará de la información que falte y seguirán recibiendo estados de cuenta hasta que la solicitud se considere completa. El no presentar la solicitud completa puede dar lugar a que la cuenta se turne para su cobranza. Las solicitudes de ayuda financiera completas se procesarán dentro de 3 días hábiles después de recibir la solicitud y documentación necesarias. Criterios de elegibilidad para presuntas determinaciones: Los criterios de elegibilidad presunta (probable) que se describen a continuación se aplicarán a un paciente antes de, o tan pronto como sea razonablemente posible después de que el paciente reciba los servicios de atención médica de SBLHS y antes de la emisión de cualquier factura por esos servicios de atención médica. Además, antes de que se turne una cuenta para fines de cobranza, se hará una revisión final para determinar si las circunstancias conocidas del paciente alrededor de su situación personal apoyan la conclusión de que satisfacen los criterios de la presunta elegibilidad.

A continuación se enumeran algunas situaciones específicas, comunes en las que un paciente podría ser elegible para ayuda financiera, pero que no haya la posibilidad de documentar. Esta no es una lista que abarque todas las situaciones. Podrían ocurrir situaciones únicas que sugieran que el paciente podría ser elegible para la ayuda financiera, las cuales no estén incluidas en esta lista y que deberían ser evaluadas de forma independiente.

- ☐ Un paciente es un extranjero que se encontraba en la región por un periodo de tiempo limitado y que, hasta donde podamos decir, parece que cuenta con medios limitados. Podamos confirmar o creamos razonablemente que el paciente ha regresado a su país y es dudoso que regrese a esta región. Además, no califica para ningún tipo de otro programa de asistencia.
 - ☐ El paciente falleció. No hay validez de testamento presentada en la jurisdicción local donde la persona residía. Es posible o no que haya familiares que podamos localizar. No hay programas de asistencia disponibles para cubrir los servicios prestados al paciente.
 - ☐ Se sabe que el paciente es una persona sin hogar.
 - ☐ Participación en programas estatales, tales como:
 - ☐ Cupones de alimentos;
 - ☐ Women, Infants and Children Nutrition Program (WIC [Programa de Nutrición para Mujeres, Lactantes y Niños]);
 - ☐ Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP [Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria]);
 - ☐ Illinois Free Lunch and Breakfast Program (Programa de Almuerzo y Desayuno Gratis de Illinois);
 - ☐ Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP [Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajo Ingreso]);
 - ☐ Inscripción en un programa organizado de base comunitaria que proporciona acceso a atención médica, que evalúa y documenta el estado financiero limitado de bajo ingreso como un criterio para la membresía;
 - ☐ Recibo de asistencia de subvención para servicios médicos.
 - ☐ Una verificación de la situación de crédito indica que el paciente o el fiador tiene una alta probabilidad de calificar para ayuda financiera.
 - ☐ El paciente es un estudiante de tiempo completo que está solo.
 - ☐ El paciente es una persona de menos de 25 años de edad que vive solo.
 - ☐ El paciente está incapacitado mentalmente, sin nadie que actúe en nombre de él.
 - ☐ El paciente está incapacitado o desempleado.
 - ☐ El paciente es un anciano y no tiene Medicare o solamente tenía la Parte B de Medicare.
 - ☐ El paciente es elegible para Medicaid, pero no en la fecha del servicio o por un servicio sin cobertura.
 - ☐ El paciente tiene una enfermedad o lesión grave o debilitante que podría hacer que una persona empleada con anterioridad no pueda trabajar durante un período de tiempo prolongado (6 meses o más).
- Las situaciones desencadenantes por sí solas no son una razón definitiva para otorgar la presunta beneficencia, pero son un indicador de que podría justificarse una nueva revisión de las circunstancias del paciente.

SBL podría obtener más información calificativa de otros recursos; consulte "Otros recursos para información calificativa" (**Anexo F**).

Las siguientes personas están autorizadas para examinar los hechos de un posible caso de presunta ayuda financiera y tomar una determinación en cuanto a si se aprueba la cancelación de cantidades específicas:

1. \$ 1 a \$ 1,999 – Supervisor de Cuentas de Pacientes
2. \$ 2,000 a \$ 14,999 – Gerente de Servicios Financieros del Paciente
3. \$ 15,000 a \$ 39,999 – Vicepresidente, Finanzas y Operaciones
4. Más de \$ 40,000 – Director Ejecutivo

Una vez que se tome una determinación afirmativa se documentará el presunto motivo. Si se cuenta con una dirección vigente, se notificará la determinación al paciente.

Las siguientes personas están autorizadas para examinar los hechos de una solicitud de ayuda financiera (**Anexo C**) y tomar una determinación en cuanto a si se aprueba la cancelación de cantidades específicas.

1. \$ 1 a \$ 5,000 – Personal de Ayuda Financiera
2. \$ 5,001 a \$ 15,000 – Gerente de Servicios Financieros del Paciente
3. \$ 15,001 a \$ 40,000 – Director Financiero y Vicepresidente de Operaciones
4. Más de \$ 40,001 – Director Ejecutivo

Después de que se reciba una solicitud completa, se notificará a los pacientes de la determinación de elegibilidad dentro de un período de tiempo razonable. El paciente también será informado de sus responsabilidades de acuerdo con estas pautas.

H. Rendición de cuentas y control interno:

1. La gestión diaria de esta política de ayuda financiera será responsabilidad del Director Financiero y Vicepresidente de Operaciones. La ayuda financiera no compensada se calculará aproximadamente anualmente en el presupuesto de operaciones.
2. El Gerente de Servicios Financieros del Paciente es responsable de mantener los registros diarios acumulados de toda la ayuda financiera que se preste, de manera que se puedan preparar los informes mensuales a fin de vigilar la experiencia de las instalaciones de SBLHS en la prestación de la ayuda financiera.
3. Requisito de presentación: Junto con la presentación de la Hoja de trabajo C Parte I que exige la Ley de [Descuentos a No Asegurados de los pacientes del hospital](#), se presentará un informe de ayuda financiera del hospital ante la Oficina del Procurador General, que deberá incluir toda la información descrita en la Norma 77 I Sección AC de Illinois 4500.40, conforme se enmiende periódicamente.
4. A partir de la implementación de esta política la Junta Directiva autoriza a la Gerencia por medio del presente a sustituir los documentos adjuntos, conforme se requieran actualizaciones.

I. Responsabilidades del paciente:

1. Se espera que los pacientes hagan un esfuerzo de buena fe por proporcionar toda la información requerida en la solicitud y como se definen en la [Ley de Facturación Justa al Paciente de Illinois](#).
2. La concesión de ayuda financiera depende de que los pacientes presenten solicitudes de ayuda a todos los programas públicos viables que sean razonables debido a la situación de los pacientes, como por ejemplo, entre otros, Medicare, Medicaid, All Kids y el Programa de Seguro Médico de los Niños (CHIP [Children's Health Insurance Program]).
3. También se espera que los pacientes cooperen plenamente con la recuperación de una reclamación de responsabilidad, los beneficios del seguro de automóviles, incluidos los pagos médicos, beneficios de seguro con cobertura insuficiente y no asegurados; la reclamación de la compensación del trabajador, y que proporcionen a su plan de salud la coordinación de los beneficios y la información preexistente.
4. A fin de ser considerada para recibir un descuento según la política de ayuda financiera, una persona sin seguro o con seguro de cobertura insuficiente debe cooperar con SBLHS para proporcionar la información y documentación necesarias para solicitar otros recursos financieros existentes que podrían estar disponibles para pagar por su atención médica.
5. A fin de ser considerada para recibir un descuento según la política de ayuda financiera, una persona sin seguro o con seguro de cobertura insuficiente debe proporcionar al hospital la información financiera y de otro tipo que sea necesaria para determinar su elegibilidad. Una solicitud incompleta no detendrá las actividades de facturación y cobranza. Solamente una solicitud completa, que incluya los documentos requeridos, se considerará como una petición de asistencia y hará que se suspenda el proceso de facturación y cobranza.

6. La solicitud de ayuda financiera de acuerdo con esta política debe hacerse por el paciente o en nombre del paciente, a menos que este cumpla con uno o más de los requisitos de elegibilidad presunta descritos anteriormente. Los pacientes podrán solicitar ayuda financiera, y se les anima a hacerlo antes, durante o dentro de un tiempo razonable después de que se proporcionen los servicios médicos. En el caso de no calificar inicialmente para la ayuda financiera después de proporcionar la información y documentación necesarias, los pacientes podrían solicitar de nuevo si hay un cambio en sus ingresos o la responsabilidad en cuanto al número de personas que componen la familia. Un paciente que califique para un descuento parcial debe cooperar con el hospital para establecer un plan de pagos razonable acorde con la **política de facturación y cobranzas de los Servicios Financieros del Paciente**, la cual toma en cuenta el ingreso disponible, la cantidad de las facturas con descuento y cualquier pago anterior.
7. Los pacientes sin seguro que califiquen para descuentos parciales deben hacer un esfuerzo de buena fe para cumplir con los planes de pago de sus facturas con descuento del hospital. Ellos son responsables de comunicar al hospital de cualquier cambio en su situación financiera que pueda afectar su capacidad para pagar sus facturas con descuento del hospital o para cumplir con las estipulaciones de sus planes de pago.

Anexos:

- [Anexo A_Definiciones.docx](#)
- [Anexo B_Servicios excluidos](#)
- [Anexo C: Solicitud de Ayuda Financiera](#)
- [Anexo C: Programa de Ayuda Financiera](#)
- [Anexo D_Resumen en lenguaje sencillo](#)
- [Anexo E_Información requerida](#)
- [Anexo F_Recursos de información calificativa](#)

| | Persona que aprueba | Fecha |
|--|---|---------|
| | Bob O'Rourke: Director de Contabilidad [HC] | 05/2016 |
| | Dennis Pluard: Dir Financiero y VP de Operaciones [HC] | 05/2016 |
| | Tim Ols: Presidente y Director Ejecutivo [HC] | 05/2016 |
| | Sara East: Coordinadora de la Oficina Administrativa [HC] | 05/2016 |