

De acuerdo con su misión, La Rabida Children's Hospital se dedica a facilitar el acceso a los servicios de salud a nuestra población pediátrica. El Hospital tiene en cuenta las necesidades financieras de los pacientes y sus familias que no pueden pagar los precios asociados con el costo de la atención médica. En ese sentido, el Hospital, cuando es necesario, presta servicios de atención médica necesarios con descuento a los niños que residen en Illinois e Indiana.

Para administrar sus recursos y responsabilidades, y permitir que el Hospital brinde asistencia a la mayor cantidad de niños que la necesitan, la Junta de Fideicomisarios estableció estas pautas para brindar asistencia financiera.

Elegibilidad y asistencia que se ofrece

Para poder ser elegible para atención gratuita o atención a una tarifa reducida, el paciente y/o su familia deben solicitarla llenando un breve cuestionario. Las familias que soliciten asistencia financiera no serán rechazadas por motivos de raza, color, religión, sexo, edad, nacionalidad de origen o estado civil. La decisión de brindar asistencia financiera se basará en una revisión de los ingresos, los activos y los pasivos de la familia. Se puede solicitar información adicional y, en última instancia, puede afectar la decisión del Hospital.

La necesidad de tratamiento médico de cualquier paciente se basará en el juicio clínico del médico, independientemente de la situación económica del paciente y/o de sus padres. Todos los pacientes serán tratados por condiciones médicas de emergencia sin discriminación e independientemente de su elegibilidad para recibir atención gratuita o con descuento. Los pacientes y/o las familias deben presentar documentación que acredite su residencia en Illinois o Indiana. Los niños que residen fuera de Illinois o Indiana no son elegibles para recibir asistencia financiera. Esta política se aplicará independientemente del estatus migratorio del paciente.

Solicitud de ayuda financiera

Los pacientes y sus familias que deseen solicitar pueden presentar una solicitud y documentación de soporte a la oficina de Servicios Financieros para Pacientes. La solicitud de asistencia financiera se puede encontrar en el sitio web del hospital. También se pueden obtener copias impresas de la política de asistencia financiera del hospital o de su resumen en lenguaje sencillo sin costo adicional visitando o llamando a la oficina de servicios al paciente del hospital. Puede comunicarse con la oficina de servicios al paciente para obtener una copia de la solicitud y tratar cualquier pregunta que pueda tener. Este resumen en lenguaje sencillo está disponible en inglés y español.

Cálculo de la atención gratuita o con descuento

Programa	Disponible para	Descripción	Cómo presentar la solicitud
Asistencia financiera - Atención gratuita	Pacientes sin seguro y pacientes con seguro	Ofrece atención gratuita a las familias según el tamaño de la familia y con ingresos inferiores al 200% del índice federal de pobreza.	Complete la solicitud para el programa de asistencia financiera. Llame al (773) 256-5974 para obtener ayuda.
Asistencia financiera - Escala de tarifas variables	Pacientes sin seguro y pacientes con seguro	Ofrece atención con descuento a las familias según el tamaño de la familia y con un nivel de ingresos entre el 200% y el 400% del índice federal de pobreza.	Complete la solicitud para el programa de asistencia financiera. Llame al (773) 256-5974 para obtener ayuda.
Asistencia financiera - Pagador independiente sin seguro	Únicamente pacientes sin seguro	Ofrece una reducción del 55% a las familias de acuerdo con el tamaño de la familia y con un nivel de ingresos entre el 400% y el 600% del índice federal de pobreza.	Complete la solicitud para el programa de asistencia financiera. Llame al (773) 256-5974 para obtener ayuda.
Asistencia financiera - Por causas catastróficas	Únicamente pacientes sin seguro	Limita los gastos de su bolsillo cuando las deudas médicas relacionadas con la atención médica en La Rábida Children's exceden el 25% de los ingresos brutos de la familia.	Complete la solicitud para el programa de asistencia financiera. Llame al (773) 256-5974 para obtener ayuda.
Programa de plan de pagos	Pacientes sin seguro y pacientes con seguro	Ayuda a los pacientes con sus obligaciones financieras al establecer acuerdos de pago	Complete la solicitud para el programa de asistencia financiera. Llame al (773) 256-5974 para obtener ayuda.

Notificación

Con el objetivo de que nuestros pacientes, sus familias y la comunidad en general conozcan el programa de Asistencia Financiera del Hospital, el Hospital ha tomado una serie de medidas para dar a conocer ampliamente esta política, incluyendo la publicación de letreros claros, el desarrollo de este resumen en lenguaje sencillo (PLS, por sus siglas en inglés) y la distribución de folletos informativos en los mostradores de inscripción. Si necesita información adicional o tiene preguntas, comuníquese con nuestra oficina de servicios financieros al paciente en:

Oficina de servicios financieros al paciente
La Rabida Children's Hospital
6501 South Promontory Drive
Chicago, Illinois 60649

Sitio Web: <http://www.larabida.org/page-Financial-Assistance>
Teléfono: (773) 363-6700