

# La Rabida Children's Hospital

**Subject:** POLÍTICA

*Dated: 05/11/2018*

La Rabida Children's Hospital tiene como tradición servir a los pobres, a los necesitados y a todos los que requieran servicios de salud. El hospital por sí solo no puede satisfacer todas las necesidades de la comunidad. Sin embargo, puede practicar una administración efectiva de los recursos para continuar prestando servicios de salud eficaces. El Hospital continuará desempeñando un papel de liderazgo en la comunidad al ayudar a promover la respuesta de toda la comunidad a las necesidades de los pacientes, tanto del gobierno como de organizaciones privadas.

## **PROPÓSITO**

El programa de asistencia financiera enfatiza los servicios para aquellas personas que no tienen la capacidad de pagar por los servicios médicos necesarios. La asistencia financiera se presupuestará cada año fiscal con el único propósito de cancelar parte o la totalidad de la cuenta de La Rábida Children's Hospital para aquellas personas que no puedan pagar. El procesamiento de la solicitud de asistencia financiera se hará de acuerdo con la determinación de elegibilidad, la administración del programa y las pautas de elegibilidad según el nivel de ingresos. El formulario de "[Solicitud de asistencia financiera](#)" de La Rabida Children's Hospital se utilizará para recopilar información financiera del paciente (Apéndice B).

## **IDENTIFICACIÓN -- INSTRUCCIÓN ESPECIAL**

1. Cualquier empleado del hospital puede sugerir a un paciente que solicite asistencia financiera poniéndose en contacto con el asesor financiero o el departamento de servicios financieros para pacientes.
2. Servicios financieros para pacientes evaluará todas las referencias para determinar la necesidad financiera.
  - A. Los pacientes que cuenten con suficiente cobertura de terceros o que califiquen para los fondos de ayuda pública no son elegibles para recibir asistencia financiera.
  - B. Todos los candidatos para recibir asistencia financiera deben completar un formulario de [solicitud de asistencia financiera](#) y verificación de ingresos, que puede incluir formularios de impuestos, talones de cheques de pago o cartas de los empleadores.
  - C. Las solicitudes completas de asistencia financiera se remiten al asesor financiero.

## **PROCEDIMIENTO:**

De acuerdo con su programa de asistencia financiera, La Rabida Children's Hospital brindará atención sin compensación o con descuento a los pacientes que se determine que no pueden pagar por los servicios. Esta política se aplicará de conformidad con los procedimientos establecidos y a ningún paciente se le negará asistencia financiera por motivos de raza, credo, color, sexo, nacionalidad de origen o cualquier otro prejuicio.

## I. Elegibilidad

La elegibilidad del paciente se basará en la siguiente información:

- A. Todas las cuentas de los pacientes por encima de \$100 son elegibles para recibir asistencia financiera. La suma total de todas las cuentas adeudadas de un solo paciente o familia puede ascender a \$100 para fines de su consideración. El garante debe llenar una solicitud.
- B. La aplicación incluye:
  - 1. Ingresos de todas las fuentes para los individuos responsables de esta obligación, enumerando los ingresos brutos para el período de tres meses más reciente (los ingresos empleos estacionales se basarán en el promedio de los doce [12] meses anteriores).
  - 2. Los recursos de cuentas de ahorro y de cheques, certificados de depósito, acciones, valor líquido de la vivienda y bonos se anotarán en la solicitud.
  - 3. Se requiere una copia de la declaración de impuestos federales más reciente.
  - 4. El número de exenciones que figura en la declaración de impuestos federales más reciente del solicitante servirá como la fuente principal para determinar el tamaño de la familia.
- C. Antes de solicitar asistencia financiera, deben solicitarse y agotarse todos los recursos de terceros y los programas de ayuda financiera dentro del hospital, incluida la asistencia pública disponible a través de los programas estatales de Medicaid.
- D. Los deducibles y las cantidades de coseguro son elegibles para obtener beneficios de asistencia financiera si las circunstancias financieras lo justifican.
- E. La elegibilidad se determinará comparando los ingresos del solicitante con las pautas de elegibilidad según el nivel de ingresos que se encuentran en la sección II(H), Pautas de elegibilidad según el nivel de ingresos.

## II. Administración del programa

El programa de asistencia financiera de La Rábida Children's Hospital será administrado de acuerdo a las siguientes pautas:

- A. El personal del departamento de servicios financieros para pacientes revisará y verificará la información de la solicitud, junto con una copia de la declaración de impuestos federales más reciente.
- B. Después de revisar los ingresos y los activos, el departamento de servicios financieros para pacientes determinará si el paciente califica para recibir beneficios de asistencia financiera de acuerdo con las pautas de elegibilidad según el nivel de ingresos, sección II(H).
- C. El ingreso familiar se define sobre la base de las definiciones utilizadas por la Oficina del Censo de los Estados Unidos e incluye los ingresos, el subsidio de desempleo, la indemnización por accidentes y enfermedades laborales, el Seguro Social, el Ingreso del Seguro Suplementario, los pagos de asistencia pública, los pagos a veteranos, los beneficios para sobrevivientes, los ingresos por pensiones o jubilación, los intereses, los dividendos, los alquileres, las regalías, los ingresos provenientes de herencias, los fideicomisos, la asistencia educativa, la pensión de alimentos, la manutención de los hijos, la asistencia de personas ajenas a la familia y otras fuentes diversas. Los beneficios que no son en efectivo (como los subsidios de alimentos y vivienda proporcionados a través de programas de asistencia estatal) no se consideran ingresos.

D. Las solicitudes de asistencia financiera que superen los \$5,000 deben ser aprobadas por el Director Financiero.

E. Si el paciente califica para atención con descuento del 100 por ciento, el departamento de servicios financieros para pacientes le notificará.

Si el paciente califica para una rebaja en la deuda (menos del 100% de la **cantidad adeudada**), el departamento de servicios financieros para pacientes le notificará al paciente para establecer arreglos de pago por la cantidad adeudada.

F. La falsificación de información en la solicitud o la negativa a cooperar dará lugar a la negativa de asistencia financiera.

G. A los solicitantes no se les negará asistencia financiera por motivos de raza, color, religión, sexo, edad, nacionalidad de origen o estado civil.

H. La Rabida Children's Hospital se reserva el derecho de cambiar la determinación de beneficios si las circunstancias financieras han cambiado. Pautas de elegibilidad según el nivel de ingresos

**Registro Federal, Pautas Federales de Pobreza (FPG) - 2018**

Tamaño de la familia	Pautas de pobreza:
1	\$12,140
2	\$16,460
3	\$20,780
4	\$25,100
5	\$29,420
6	\$33,740
7	\$38,060
8	\$42,380

Las pautas federales de pobreza del Registro Federal las actualiza anualmente el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos bajo la autoridad del 42 U.S.C. 9902(2).

Para unidades familiares de más de ocho (8) personas, agregue \$4,320 por cada miembro adicional.

I. La asistencia financiera no se aplica a las compañías de seguros y otros terceros pagadores.

J. Cuando se ha hecho una determinación de elegibilidad para asistencia financiera, todas las cuentas de los pacientes dentro de la misma familia se manejarán de la misma manera para la atención prestada durante seis meses después de la fecha de dicha determinación, sin necesidad de completar una nueva solicitud. Se aplicarán descuentos a todos los saldos pendientes de pago por cuenta propia. Se requerirá una nueva solicitud para la atención que se preste más de seis meses después de la determinación inicial (u otra determinación previa) o si se reciben indicaciones de que el estado financiero del paciente o su familia ha cambiado significativamente desde el período de evaluación inicial.

**III. Prestación de asistencia financiera:**

Las familias que tengan ingresos iguales o inferiores al 200% de las pautas federales de pobreza calificarán para recibir asistencia financiera del 100% para las cuentas médicas que se adeuden a La Rabida Children's Hospital.

Las familias que tienen ingresos entre el 201% y el 400% de las pautas federales de pobreza calificarán para los siguientes descuentos en el pago:

Ingresos familiares como % de FPG	La familia paga de obligaciones	La Rabida % de caridad
<b>0 - 200</b>	0.0%	100.0%
<b>200 - 220</b>	10.0%	90.0%
<b>221 - 240</b>	15.0%	85.0%
<b>241 - 260</b>	25.0%	75.0%
<b>261 - 280</b>	30.0%	70.0%
<b>281 - 300</b>	40.0%	60.0%
<b>301 - 320</b>	50.0%	50.0%
<b>321 - 340</b>	60.0%	40.0%
<b>341 - 360</b>	70.0%	30.0%
<b>361 - 380</b>	80.0%	20.0%
<b>380 - 400</b>	100.0%	0.0%

Además, el hospital descuenta el 50% de los costos siempre que se considere la posibilidad de recibir asistencia financiera. Luego, el hospital ajustará la deuda de la familia según el cálculo del descuento que sea más beneficioso para el paciente.

En situaciones en las que el paciente no tenga seguro y el ingreso familiar esté entre el 380% y el 600% del FPG y no se proporcione asistencia financiera de otra manera bajo esta póliza en la forma de atención gratuita o con descuento, el paciente será responsable por el 45.0% de los costos de la factura según lo calculado por el cálculo anual de los montos generalmente facturados del hospital. (Apéndice C)

La cantidad máxima de pago que puede exigirse (por los servicios de atención médica prestados por el Hospital) a un paciente que el Hospital determine que es elegible según la Sección III de esta política es del 25.0% de los ingresos familiares del paciente y está sujeta al período de elegibilidad de seis meses según lo establecido en la Sección II (J.).

**APÉNDICE A**  
Lista de proveedores

Nombre del proveedor	Sujeto a la política de asistencia financiera
La Rabida Children's Hospital	A
Advocate Children's Hospital	N
Central DuPage Hospital	N
Cook County Hospital	N
Edwards Hospital	N
Franciscan Health	N
Loyola University Medical Center	N
Lurie Children's Hospital	N
Rush University Medical Center	N
Sinai Health System	N
St. Francis Medical Center	N
University of Chicago Medicine	N
University of Illinois-Chicago Hospital and Health Sciences	N
Medical Express Ambulance Service	N

**APÉNDICE B**  
Solicitud de asistencia financiera

La Rabida Children's Hospital  
6501 South Promontory  
Chicago, IL 60649  
773-363-6700



**Solicitud de asistencia financiera**

Nombre del paciente	_____		
Dirección	_____		
	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	(    ) _____		
Número de cuenta del paciente	_____		
Fecha de atención	_____	_____	_____
Monto a pagar	_____	_____	_____
Nombre de la persona responsable	_____		
Dirección	_____		
	<i>(Si la información de la dirección es la misma que la del paciente, anote igual)</i>	Ciudad	Estado
			Código postal
Relación con el paciente	_____		

**Proporcionar información sobre el seguro de salud si está cubierto**

Nombre de la compañía de seguros	_____		
Dirección	_____		
	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	_____		
Nombre del suscriptor	_____		
Números de grupo y de póliza	_____		
Fechas de vigencia	/	/	- / /

¿Tiene cobertura a través del Departamento de Salud y Servicios a la Familia de Illinois (ayuda pública) o ha solicitado ayuda incluyendo cobertura a través de guarderías infantiles?    Sí     No

¿Cuántos miembros hay en la casa? \_\_\_\_\_

¿Algún adulto de la familia no puede trabajar debido a una lesión o enfermedad?    Sí     No

En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_

APÉNDICE B

Solicitud de asistencia financiera – Página 2

Identificar a los miembros del hogar que trabajan

Nombre de los miembros empleados	_____	_____
Ocupación	_____	_____
Ingreso mensual	_____	_____
Años de empleo	_____	_____

Enumere los nombres y las edades de las personas a cargo a continuación

	¿Cuántos dependientes están siendo mantenidos? _____		
Nombre del dependiente	_____	_____	_____
Fecha de nacimiento	_____	_____	_____
Nombre del dependiente	_____	_____	_____
Fecha de nacimiento	_____	_____	_____

(Use una hoja separada para anotar dependientes adicionales)

¿Recibe el hogar dinero como resultado de los pagos de manutención infantil, pensión alimenticia, ingresos del seguro social o cualquier otro ingreso? Sí  No

Si la respuesta es "Sí", indique la fuente de ingresos y la cantidad mensual en dólares: \$ \_\_\_\_\_

Enumere los problemas médicos o financieros dentro del hogar \_\_\_\_\_

¿Espera recibir pago por los servicios de cualquier otra fuente, incluyendo cobertura por accidente o responsabilidad civil? Sí  No

Se debe presentar un comprobante de ingresos. Adjunte el formulario de declaración de impuestos más reciente y/o los talones de pago de las últimas 4 semanas. Si recibe beneficios del seguro social o cualquier otro ingreso adicional a los anteriores, adjunte copias.

Firma del responsable \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del representante del hospital \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**APÉNDICE C**  
Cálculo de montos generalmente  
facturados

Cobros en cuentas que se redujeron a cero entre 01/01/2017 y 12/31/2017 (menos asistencia financiera y ajuste de liquidación)	Pagos realizados a cuentas que se redujeron a cero entre 01/01/2017 y 12/31/2017	Porcentaje de montos generalmente facturados
\$49,455,607	\$21,584,904	43.6%
	<b>Descuento calculado</b>	56.4%

**Definición:****Montos generalmente facturados:**

Los cobros por servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios prestados a un paciente que es elegible para recibir asistencia financiera se limitarán a no más de las cantidades que generalmente se facturan a las personas que tienen un seguro de salud público o comercial que cubra dicha atención ("AGB" por sus siglas en inglés).

Para el cálculo de los AGB, el hospital ha seleccionado el "método de revisión retrospectiva". Esto significa que el AGB se determina sobre la base de las reclamaciones pasadas reales pagadas al hospital mediante reclamaciones de honorarios por servicios de Medicaid junto con todas las reclamaciones de pago al hospital de las aseguradoras privadas de salud.

El porcentaje de AGB se calculará anualmente dividiendo la suma de todas las reclamaciones que hayan sido pagadas en su totalidad durante el período de 12 meses anterior entre la suma de los costos brutos de dichas reclamaciones. Este porcentaje resultante se aplica entonces a los cobros brutos de un individuo para reducir la factura.

Se calculará un porcentaje revisado y se aplicará el día 120 después del primer día del comienzo del año natural utilizado para determinar los cálculos. El porcentaje de AGB se indica en el Apéndice C.