

Hospital y centro médico Jackson Park
Administrativo

Política: Política de asistencia financiera	Fecha de entrada en vigor de la emisión	Número de póliza
	14 de julio de 2012	E49
	Fecha de revisión 12/11/2024	Número de página
		Página 1 de 6
	Departamental <input checked="" type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/>	Revisado por:

Objetivo:

La asistencia financiera tiene como objetivo ayudar a aquellas personas que no tienen seguro médico o que tienen un seguro insuficiente y que no tienen la capacidad de pagar sus gastos, según lo determinado por los criterios de calificación del hospital. Se tiene en cuenta la capacidad de cada persona para contribuir con el costo de su atención médica. La asistencia financiera del hospital no sustituye a un seguro patrocinado por el empleador, público o adquirido individualmente.

Definiciones:

Monto generalmente facturado: el monto generalmente facturado, AGB, es el pago esperado de los pacientes que son elegibles para recibir asistencia financiera. Se calcula para nuestro hospital utilizando el método Lookback, que toma los montos permitidos para reclamos a Medicare y aseguradoras privadas durante un período de 12 meses, desde el 1 de noviembre de 2023 hasta el 31 de octubre de 2024, y los divide por los cargos brutos para esos mismos reclamos. Esta tasa es del 33,7 %.

AGB %: Importe del descuento que utiliza la tasa calculada para el importe generalmente facturado tomando $1 - \text{la tasa del importe generalmente facturado}$. Esta tasa es del 66,3 %.

Relación costo-cargo: La relación entre los costos de un hospital y sus cargos tomada del informe de costos de Medicare presentado más reciente (CMS 2552-96 Hoja de trabajo C. Parte I, Relaciones de pacientes internados PPS).

Atención médica de emergencia: Una condición médica que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluyendo dolor intenso) tal que la ausencia de atención médica inmediata podría razonablemente esperarse que resulte en poner la salud del individuo (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o su hijo por nacer) en grave peligro, deterioro grave de las funciones corporales, disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo o con respecto a una mujer embarazada que está teniendo contracciones, que no hay tiempo suficiente para efectuar un traslado seguro a otro hospital antes del parto o que el traslado puede representar una amenaza para la salud o seguridad de la mujer o el hijo por nacer.

Pautas federales de ingresos de pobreza: Las Pautas federales de ingresos de pobreza se actualizan periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en virtud de la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos. Las pautas actuales de FPIG se pueden consultar en <http://aspe.hhs.gov/POVERTY/>

Nivel federal de pobreza (FPL):

Tamaño de la familia	Nivel federal de pobreza 2025	200% del FPL	600% del FPL
1	\$15,060	\$30,120	\$90,360
2	\$20,440	\$40,880	\$122,640
3	\$25,820	\$51,640	\$154,920
4	\$31,200	\$62,400	\$187,200
5	\$36,580	\$73,160	\$219,480
6	\$41,960	\$83,920	\$251,760
7	\$47,340	\$94,680	\$284,040
8	\$52,720	\$105,440	\$316,320
Para familias/hogares con más de 8 personas, agregue \$5,380 por cada persona adicional.			

Asistencia financiera: Asistencia brindada a pacientes que cumplen con los criterios de elegibilidad de esta política y para quienes, de otro modo, sería una dificultad financiera pagar en su totalidad la obligación de pago del paciente por atención de emergencia o atención médicamente necesaria.

Cargos brutos: Cargos totales a la tarifa completa establecida para la prestación de servicios de atención al paciente antes de que se apliquen deducciones de los ingresos.

Paciente asegurado: Un paciente cubierto por una póliza de seguro de salud o que es beneficiario de un seguro de salud público o privado, beneficio de salud u otro programa de cobertura de salud, incluidos planes de seguro de salud con deducible alto, compensación laboral, seguro de responsabilidad por accidentes automovilísticos u otra responsabilidad de terceros para ayudar a cumplir con las obligaciones de pago de un paciente.

Atención médicamente necesaria : Servicios hospitalarios que se requieren razonablemente para hacer un diagnóstico, corregir, curar, aliviar o prevenir el empeoramiento de condiciones que ponen en peligro la vida o causan sufrimiento o dolor, o resultan en enfermedad o dolencia, o amenazan con causar o agravar una discapacidad, o causan deformidad o mal funcionamiento físico, y no hay otro tratamiento igualmente efectivo, más conservador o sustancialmente menos costoso disponible o adecuado para la persona que solicita el servicio.

Paciente con seguro insuficiente: Un paciente cubierto por una póliza de seguro de salud o que es beneficiario de un seguro de salud público o privado, beneficio de salud u otro programa de cobertura de salud, incluidos los planes de seguro de

salud con deducible alto, compensación laboral, seguro de responsabilidad por accidentes automovilísticos u otra responsabilidad de terceros para ayudar a cumplir con las obligaciones de pago de un paciente, que no puede pagar el saldo de sus obligaciones de pago después de que el seguro haya pagado.

Paciente sin seguro: Un paciente que no está cubierto por una póliza de seguro de salud y no es beneficiario de un seguro de salud público o privado, beneficio de salud u otro programa de cobertura de salud, incluidos los planes de seguro de salud con deducible alto, compensación laboral, seguro de responsabilidad por accidentes automovilísticos u otra responsabilidad de terceros para ayudar a cumplir con las obligaciones de pago de un paciente.

Política:

A quién se aplica esto:

- 1) Esta política se aplica a todos los pacientes del centro hospitalario que reciben atención médica de emergencia o atención médicamente necesaria.

¿Quién es elegible?

- 1) Todos los pacientes recibirán tratamiento de atención médica de emergencia y atención médicamente necesaria independientemente de su capacidad de pago. Además, el hospital no realizará acciones que desalienten a las personas a buscar atención médica de emergencia, como exigir el pago de servicios anteriores o actuales o permitir actividades de cobro de deudas que interfieran o retrasen la prestación de la atención.
- 2) Los pacientes que reciben atención médica de emergencia o atención médicamente necesaria son elegibles para recibir asistencia financiera conforme a esta política. Esta política no cubre servicios electivos.
- 3) La decisión de otorgar asistencia financiera se basará únicamente en la situación financiera del solicitante, tal como lo indican los requisitos de elegibilidad predeterminados, y se otorgará a todos los pacientes que califiquen, independientemente de su raza, color, religión, edad, origen nacional, estado civil o condición de protección legal. Esta política se aplicará de manera uniforme a todos los pacientes elegibles.
- 4) La asistencia financiera, bajo esta política, también incluye atención médica de emergencia o atención médicamente necesaria proporcionada por médicos empleados en el hospital que figuran en el Apéndice A.
- 5) La asistencia financiera, bajo esta política, no incluye atención médica de emergencia ni atención médicamente necesaria proporcionada por los proveedores que figuran en el Apéndice B.

Tipo de ayuda financiera y elegibilidad:

- 1) Se brindará asistencia financiera completa, de beneficencia, con un descuento del 100 % de los cargos brutos, a los pacientes que tengan un ingreso familiar bruto igual o inferior al 200 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL), ajustado al tamaño de la familia, siempre que dichos pacientes no sean elegibles para otra cobertura de salud pública o privada y no excedan el umbral de protección de activos. Este programa está disponible para pacientes sin seguro que lo soliciten completando la Solicitud de asistencia financiera. Consulte la tabla del Nivel Federal de Pobreza en las Definiciones anteriores.

- 2) Si un representante financiero de pacientes de Jackson Park determina que un paciente no tiene cobertura de seguro, se lo evaluará para determinar su presunta elegibilidad para recibir caridad.
 - a) Los marcadores de elegibilidad presunta para caridad son:
 - i) El paciente no tiene hogar
 - ii) El paciente ha fallecido sin patrimonio
 - iii) El paciente es mentalmente incapaz de actuar en su propio nombre y no hay nadie capaz de actuar en nombre del paciente.
 - iv) El paciente es elegible para Medicaid pero no en la fecha del servicio o servicio no cubierto
 - v) El paciente tiene Medicaid fuera del estado
 - b) Si un paciente cumple con alguno de los criterios anteriores, se crea un paquete de deducción de gastos de caridad para el paciente, aprobado por el vicepresidente/director de información y vicepresidente de finanzas, y se devuelve a un representante de servicios financieros para pacientes para obtener un descuento total de caridad del 100 % de los cargos brutos. Consulte la tabla del nivel federal de pobreza en las definiciones anteriores.
- 3) Descuento automático para personas sin seguro. Esto ofrece un descuento automático del 71 % de los cargos brutos a pacientes sin seguro por atención de emergencia y atención médicamente necesaria. No es necesario presentar una solicitud.
- 4) Planes de pago. Este programa ayuda a los pacientes con necesidades financieras a través de acuerdos de pago. Este programa está disponible tanto para pacientes asegurados como no asegurados. Los representantes de cuentas de pacientes o asesores financieros son responsables de establecer los planes de pago de los pacientes. Este programa está disponible para los pacientes que lo soliciten completando la Solicitud de asistencia financiera.
- 5) Descuento catastrófico.
 - a) Este descuento con base en Illinois limita todos los costos de bolsillo durante un período de 12 meses a no más del 20% del ingreso bruto de la familia del paciente, a partir de la primera fecha de servicio de atención de emergencia y atención médicamente necesaria a un paciente que cumple con los siguientes criterios:
 - i) El paciente no tiene seguro
 - ii) El paciente es residente de Illinois.
 - iii) Los ingresos familiares del paciente son 600 % o menos del nivel federal de pobreza (FPL). Consulte la tabla de FPL en las definiciones anteriores.
 - iv) El valor de los activos del paciente, excluyendo la residencia principal, los bienes personales exentos de juicio según la Sección 12-1001 del Código de Procedimiento Civil o los montos mantenidos en un plan de pensión o jubilación, es del 600 % o menos del FPL.
 - v) Los cargos brutos de la visita son de \$150 o más.
 - vi) El paciente debe seguir siendo elegible para este descuento cumpliendo los criterios anteriores durante el período de pago.
 - b) Este límite se aplicará al saldo adeudado después de que se aplique el descuento automático para personas sin seguro a los cargos brutos. Este descuento está disponible para los pacientes que lo soliciten completando la solicitud de asistencia financiera.
- 6) Se puede brindar una consideración individual a un paciente que pueda demostrar dificultades económicas excesivas, incluso si sus ingresos familiares brutos pueden superar

el 600 % del FPL. Las excepciones deben ser aprobadas por el Vicepresidente/Director de Información o su designado. Este programa está disponible para pacientes que lo soliciten completando la Solicitud de asistencia financiera.

Base para el cálculo de los importes cobrados a los pacientes:

- 1) Los montos a cobrar a los pacientes no asegurados que son elegibles para recibir asistencia financiera siempre serán menores que los Cargos Brutos multiplicados por el % AGB, ya que se aplica un Descuento Automático para No Asegurados del 71 % a su saldo y esta tasa de descuento es mayor que el % AGB.
- 2) El descuento para personas sin seguro del estado de Illinois se calcula tomando 1-(relación costo-cargo de Medicare x 135 %) y es del 52,29 %. Como el hospital aplica un descuento automático para personas sin seguro del 71 % sobre los cargos brutos de los pacientes sin seguro, esta tasa de descuento se supera para los pacientes sin seguro que reúnen los requisitos.

Dónde obtener esta información:

- 1) Esta política, nuestro Resumen en lenguaje sencillo de esta política, la Solicitud de asistencia financiera, nuestras políticas de atención médica de emergencia (EMTALA) y nuestra Política de facturación y cobro están disponibles en nuestro sitio web en: https://www.jacksonparkhospital.org/patients_and_visitors/financial-assist/
- 2) Puede llamar al 773-947-7500 x7996 para solicitar que se le envíe gratuitamente por correo postal o electrónico una copia de cualquiera de los documentos anteriores.
- 3) Las copias impresas de cualquiera de los documentos anteriores están disponibles en el mostrador de registro para pacientes ambulatorios ubicado en el vestíbulo este del hospital. Nuestra dirección es 7531 S Stony Island Ave., Chicago, IL 60649.

Cómo aplicar:

- 1) Llene la Solicitud de Asistencia Financiera y proporcione la información solicitada en el formulario y en las instrucciones.
- 2) Para ser considerado para un descuento bajo esta Política de asistencia financiera, un paciente no asegurado debe cooperar con el hospital para proporcionar la información y documentación necesarias para solicitar otros recursos financieros existentes que puedan estar disponibles para pagar su atención médica, como Medicare, Medicaid y/o responsabilidad de terceros.
- 3) Los asesores financieros están disponibles para ayudar a los pacientes a completar la Solicitud de asistencia financiera al 773-947-7500 x7996.
- 4) El hospital se reserva el derecho de revocar la asistencia financiera si determina que un paciente ha tergiversado deliberadamente su condición financiera, el número de dependientes o cualquier otra información necesaria para determinar el estado financiero a los efectos de esta política.
- 5) El 'Aviso de asistencia financiera del hospital' está disponible en el sitio web del hospital, en las facturas de los pacientes y a pedido. También se publica en el Departamento de Emergencias, los vestíbulos principales, las áreas de admisión/registro y otras áreas en todo el hospital. Cualquier cambio en el Aviso debe ser aprobado por el Vicepresidente Ejecutivo.
- 6) Esta política y nuestra Solicitud de Asistencia Financiera están disponibles en otros idiomas de acuerdo con los "Estándares para Servicios Cultural y Lingüísticamente

Apropiados en Atención Médica" aplicables (Estándares 4 y 7, basados en el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964).

- 7) Cualquier cambio a la Solicitud de Asistencia Financiera debe ser aprobado por el Vicepresidente/Director de Información.
- 8) Cualquier cambio a esta política debe ser aprobado por el órgano rector del hospital.

Nuestra política de facturación y cobro:

- 1) Consulte nuestra Política de facturación y cobro, que está disponible como se describe en la sección "Dónde obtener esta información" más arriba.

Política de atención de emergencia

- 1) Consulte nuestras políticas de atención de emergencia (EMTALA), que están disponibles como se describe en la sección "Dónde obtener esta información" más arriba.

Apéndice A

Proveedores cubiertos por la política de asistencia financiera del Jackson Park Hospital:

The Friedell Clinic, SC (consultorio médico con múltiples especialidades)

Apéndice B

Proveedores no cubiertos por la política de asistencia financiera del Jackson Park Hospital:

Great Lakes Medical Group – Médicos de urgencias
Radiology Imaging Consultants – Médicos radiólogos