

Jackson Park Hospital & Medical Center

Administrative

Policy: Financial Assistance Policy	Effective Date Issued	Policy Number
	July 14, 2012	E 49
	Revision Date 07/22/2021	Page Number
		Page 1 of 6
	Departmental <input checked="" type="checkbox"/> [X] Administrative <input type="checkbox"/> []	Reviewed by:

Propósito:

La asistencia financiera está destinada a ayudar a las personas sin seguro o con seguro insuficiente que de otro modo no tienen la capacidad de pagar sus cargos según lo determinado por los criterios de calificación del hospital. Toma en cuenta la capacidad de cada individuo para contribuir al costo de su atención médica. La asistencia financiera hospitalaria no sustituye al 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 elegibles para asistencia financiera. Se calcula para nuestro hospital mediante el método de retrospectiva que toma los montos permitidos para reclamos a Medicare y aseguradoras privadas durante un período de 12 meses, desde el 1 de julio de 2020 hasta el 30 de junio de 2021, y lo divide por los cargos brutos por esas mismas afirmaciones. Esta tasa es del 29,5%.

AGB%: El monto de descuento usando la tasa calculada para el Monto generalmente facturado tomando 1 - Tasa Monto generalmente facturado. Esta tasa es del 70,5%.

Relación de costo a cargo: La relación entre los costos de un hospital y sus cargos tomados de su informe de costos de Medicare presentado más reciente (CMS 2552-96 Hoja de trabajo C. Parte I, Proporciones de pacientes hospitalizados de PPS).

Atención médica de emergencia: una afección médica que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido el dolor intenso), de modo que se puede esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata ponga en peligro la salud de la persona (o, con respecto a una mujer embarazada). . la salud de la mujer o de su feto) en grave peligro, grave deterioro de las funciones corporales, grave disfunción 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 seguro traslado a otro hospital antes del parto o dicho traslado puede representar una amenaza para la salud o seguridad de la mujer o del feto.

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

Nivel federal de pobreza (FPL):

Tamaño de la familia 2021	Nivel federal de pobreza	200% del FPL	600% del FPL
1	\$12,880	\$25,760	\$77,280
2	\$17,420	\$34,840	\$104,520
3	\$21,960	\$43,920	\$131,760
4	\$26,500	\$53,000	\$159,000
5	\$31,040	\$62,080	\$186,240
6	\$35,580	\$71,160	\$213,480
7	\$40,120	\$80,240	\$240,720
8	\$44,660	\$89,320	\$267,960
Para familias / hogares con más de 8 personas, agregue \$ 4,540 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 establecida completa por la prestación de servicios de atención al paciente antes de que se apliquen las deducciones de los ingresos.

Paciente asegurado: un paciente cubierto por una póliza de seguro de salud o beneficiario de un seguro de salud público o privado, beneficios de salud u otro programa de cobertura de salud, incluidos planes de seguro de salud con deducibles altos, compensación para trabajadores, seguro de responsabilidad por accidentes automovilísticos u otros responsabilidad de terceros para ayudar a cumplir con las obligaciones de pago del 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 enfermedades o dolencias, o amenazan con causar o agravar un incapacidad, o causar deformidad física o mal funcionamiento, y no hay otro curso de 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 beneficiario de un seguro de salud público o privado, beneficios de salud u otro programa de cobertura de salud, incluidos planes de seguro de salud con deducibles altos, compensación para trabajadores, seguro de responsabilidad por accidentes automovilísticos u otros 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 un beneficiario de un seguro de salud público o privado, beneficios de salud u otro programa de cobertura de salud, incluidos planes de seguro de salud con deducibles altos, compensación para trabajadores, seguro de responsabilidad por accidentes automovilísticos, u otra responsabilidad de un tercero para ayudarme

Cumplir con las obligaciones de pago del 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.

Quien es elegible:

- 1) Todos los pacientes recibirán tratamiento para atención médica de emergencia y atención médicamente necesaria, independientemente de su capacidad de pago. Además, el Hospital no participará en acciones que desalienten a las personas de 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 atención.
- 2) Los pacientes que reciben atención médica de emergencia o atención médicamente necesaria son elegibles para recibir asistencia financiera en virtud de esta política. Esta póliza no cubre los servicios electivos.
- 3) La decisión de extender la asistencia financiera se basará únicamente en el estado financiero del solicitante según lo indicado por los requisitos de elegibilidad predeterminados y se otorgará a todos los pacientes que califiquen, independientemente de su raza, color, religión, edad, nacionalidad, estado civil o estado legalmente protegido. Esta política se aplicará de manera uniforme a todos los pacientes elegibles.
- 4) La asistencia financiera, según esta política, también incluye la atención médica de emergencia o la atención médicamente necesaria proporcionada por los médicos empleados del hospital que se enumeran en el Apéndice A.
- 5) La asistencia financiera, según esta política, no incluye la atención médica de emergencia o la atención médicamente necesaria proporcionada por los proveedores que se enumeran en el Apéndice B.

Tipo de asistencia financiera y elegibilidad:

- 1) Se brindará asistencia financiera completa, Caridad, con un descuento del 100% de los Cargos brutos, a los pacientes que tengan un ingreso familiar bruto igual o inferior al 200% de los Niveles federales de pobreza (FPL), ajustados al tamaño de la familia, siempre que los pacientes no son elegibles para otra cobertura de salud pública o privada y no exceden 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, el paciente es evaluado para la Presunta Elegibilidad para Caridad.
- 3) Los marcadores de presunta elegibilidad para organizaciones benéficas son:
- 4) El paciente no tiene hogar
- 5) Paciente fallecido sin patrimonio
- 6) El paciente es mentalmente incapaz de actuar en su propio nombre y no hay nadie capaz de actuar en nombre del paciente.
- 7) El paciente es elegible para Medicaid pero no en la fecha del servicio o servicio no cubierto
- 8) El paciente tiene Medicaid fuera del estado
- 9) Si un paciente cumple con cualquiera de los criterios anteriores, se crea un paquete de cancelación 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 de caridad completo de 100% de los cargos brutos. Consulte la tabla del nivel federal de pobreza en las definiciones anteriores.
- 10) Descuento automático para personas sin seguro. Esto proporciona un descuento automático del 71% de los cargos brutos a pacientes sin seguro para atención de emergencia y atención médicamente necesaria. No es necesaria ninguna aplicación.
- 11) Planes de pago. Esto ayuda a los pacientes con necesidades financieras a través de arreglos de pago. Este programa está disponible para pacientes asegurados y no asegurados. Los representantes de cuentas del paciente / asesores financieros son responsables de establecer los planes de pago del paciente. Este programa está disponible para los pacientes que lo soliciten completando la Solicitud de asistencia financiera.
- 12) Descuento catastrófico.
- 13) Este descuento basado en Illinois limita todos los costos de bolsillo durante un período de 12 meses a no más del 25% 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 cumpla con los siguientes criterios:
- 14) El paciente no está asegurado
- 15) El paciente es residente de Illinois
- 16) El ingreso familiar del paciente es 600% o menos que el FPL. Consulte la tabla FPL en las Definiciones anteriores.
- 17) El valor de los activos del paciente, excluyendo la residencia principal, la propiedad personal exenta de juicio según la Sección 12-1001 del código de Procedimiento Civil o los montos retenidos en un plan de pensión o jubilación, es del 600% o menos del FPL
- 18) Los cargos brutos de la visita son \$ 300 o más
- 19) El paciente debe seguir siendo elegible para este descuento si cumple con los criterios anteriores durante el período de pago.
- 20) 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.
- 21) Se puede brindar consideración individual a un paciente que pueda demostrar dificultades financieras indebidas, aunque el ingreso bruto familiar pueda exceder el 600% del FPL. Las excepciones deben ser aprobadas por el vicepresidente / director de información o su designado.

Este programa está disponible para los pacientes que lo soliciten completando el Solicitud de asistencia financiera.

Base para calcular las cantidades cobradas a los pacientes:

- 1) Los montos que se cobrarán a los pacientes sin seguro que sean elegibles para asistencia financiera siempre serán menores que los Cargos Brutos multiplicados por el% de 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% de AGB. .
- 2) El descuento para personas sin seguro del estado de Illinois se calcula tomando 1- (relación de costo a cargo de Medicare x 135%) y es del 61,92%. Dado que el hospital recibe 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 elegibles sin seguro.

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/pacientes_y_visitantes/asistencia-financiera/
- 2) Puede llamar al 773-947-7500 x7996 para solicitar que se le envíe una copia de cualquiera de los anteriores sin cargo por correo o correo electrónico.
- 3) Las copias impresas de cualquiera de los anteriores están disponibles en el mostrador de registro de pacientes ambulatorios en el vestíbulo este del hospital. Nuestra dirección es 7531 S Stony Island Ave., Chicago, IL 60649.

Cómo aplicar:

- 1) Complete la Solicitud de asistencia financiera y proporcione la información solicitada en el formulario y en las instrucciones.
- 2) Para ser considerado para un descuento en virtud de esta Política de asistencia financiera, un paciente sin seguro debe cooperar con el hospital para proporcionar la información y la 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 a sabiendas su situación financiera, el número de dependientes o cualquier otra información necesaria para determinar la situación financiera 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, vestíbulos principales, áreas de admisión / registro y otras áreas en todo el hospital. Cualquier cambio al 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 el cuidado de la salud" (Estándares 4 y 7, basados en el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964).

- 7) Cualquier cambio en 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 de gobierno del hospital.

Nuestra política de facturación y cobranza:

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

Política de atención de emergencia

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