



SOLICITUD DE DESCUENTO PARA PACIENTES DE HOSPITAL SIN SEGURO MÉDICO DE ILLINOIS

Instrucciones

Cualquier paciente que cumpla con ciertos requisitos de ingresos podría calificar para recibir un descuento para pacientes sin seguro médico. El paciente debe presentar una solicitud para obtener el descuento en un plazo de 60 días contados a partir de la fecha del alta o de la fecha de servicio.

¿Quién lo puede solicitar?

Cualquier residente de Illinois sin seguro médico que tenga cargos de hospital en Illinois. Un paciente sin seguro médico no está cubierto por ninguna cobertura de terceros. Esto incluye los planes de deducibles altos, compensación de los trabajadores, seguro de responsabilidad civil por accidente y otros seguros de responsabilidad de terceros. El descuento solo aplica a los pacientes sin seguro médico que no sean beneficiarios de ningún otro tipo de plan. Cualquier paciente que esté asegurado, pero cuyo seguro no cubra un servicio en particular, se considera que es un paciente con seguro médico.

¿Para qué tipo de descuento soy elegible?

El descuento se aplica a los cargos de los pacientes hospitalizados o ambulatorios cuando estos superan los \$300 durante una admisión como paciente hospitalizado o una visita como paciente ambulatorio. El descuento aplica solo para servicios que sean considerados médicamente necesarios. El descuento no aplica para cirugías cosméticas o servicios sociales o vocacionales. El descuento no aplica para servicios de médicos basados en el hospital. Se puede encontrar información detallada sobre los descuentos en la Política de Asistencia Financiera de Mercy Health Corporation.

Los hospitales no podrán cobrar más del 25 % del ingreso bruto familiar de un paciente sin seguro médico en un período de 12 meses. El período de 12 meses comienza a partir de la fecha de servicio para el cual el hospital determinó inicialmente que el paciente era elegible para recibir el descuento. Por consiguiente, para cualquier servicio hospitalario posterior, el paciente **debe informarle** al hospital que tiene descuento y que continúa siendo elegible para recibir dicho descuento.

No proporcionar documentación o solicitar los programas públicos

La obligación del hospital con los pacientes sin seguro médico terminará si el paciente no cumple con presentar la documentación solicitada o no cumple con presentar una solicitud para obtener cobertura en programas públicos, en un plazo de 30 días a partir de la solicitud del hospital. Los pacientes que pueden ser elegibles para recibir cobertura en programas públicos deben presentar primero una solicitud para dichos programas (Medicare, Medicaid, AllKids, SCHIP).

Falsificación de información

Si un paciente no ha sido completamente honesto al llenar la solicitud, podría perder el descuento y ser responsable del pago de los costos totales del hospital.

Cómo presentar la solicitud:

Complete la solicitud y envíela por correo a: MercyCare Building
580 N. Washington Street-Customer Service Department
PO BOX 5003
Janesville, WI 53547
(608) 741-7630 o llame al número gratuito (866) 269-7115
Correo electrónico: custserv@mhsjvl.org
De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
O visite nuestro sitio Web en www.mercyhealthsystem.org

También puede llamar al 608-741-5658 o pedir hablar con un consejero financiero de para los pacientes para que le ayude a completar su solicitud.



MERCY HARVARD HOSPITAL

**SOLICITUD DE DESCUENTO PARA PACIENTES DE HOSPITAL
SIN SEGURO MÉDICO DE ILLINOIS**

Solicitante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Nombre del cónyuge: _____ Fecha de nacimiento: _____

Solicitante

Cónyuge

Número de Seguro Social: _____

Empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Teléfono del empleador: _____

Fecha en que comenzó a trabajar: _____

Fecha en que terminó de trabajar: _____

Empleadores anteriores/fechas: _____

¿Le ofrece su empleador beneficio de seguro médico? Sí No

¿Está relacionado su saldo con compensación de los trabajadores o algún seguro de responsabilidad civil? Sí No

Si la respuesta es sí, indique la fecha del accidente: _____

Nombres de los dependientes Edad Relación

Nombres de los dependientes Edad Relación

1. _____

4. _____

2. _____

5. _____

3. _____

6. _____

Haga una lista de los ingresos mensuales y activos (indique el monto y proporcione la documentación que lo compruebe). Si no tiene nada de esto, ¿cómo se mantiene? _____

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ahorros: _____ | <input type="checkbox"/> Cheques: _____ | <input type="checkbox"/> Bienes de inversión: _____
(otros que no sean casa y vehículos) |
| <input type="checkbox"/> Acciones/Bonos: _____ | <input type="checkbox"/> Propiedad que no es residencia familiar: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Salarios _____ | <input type="checkbox"/> Beneficios de veteranos _____ | <input type="checkbox"/> Pensión _____ |
| <input type="checkbox"/> Manutención infantil _____ | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia _____ | <input type="checkbox"/> Seguro Social _____ |
| <input type="checkbox"/> Distribuciones de IRA _____ | <input type="checkbox"/> Distribuciones de 401K _____ | <input type="checkbox"/> Distribuciones de 403B _____ |

Proporcione los montos y las fechas en las que ha recibido lo siguiente:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Compensación de los trabajadores \$ _____ | <input type="checkbox"/> Desempleo \$ _____ | <input type="checkbox"/> Otros \$ _____ |
| Fechas: _____ | Fechas: _____ | Fechas: _____ |

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA

Yo, _____, autorizo al Programa de Atención Comunitaria Mercyhealth (Mercyhealth Community Care Program) ("Mercy") a obtener cualquier información financiera en poder de la Administración de Seguridad Social, de Servicios sociales del condado, de las oficinas de crédito, instituciones financieras u otras instituciones o compañías aseguradoras con respecto a mí o a mi familia, con el fin de determinar la elegibilidad para recibir un descuento en el hospital para pacientes sin seguro médico. Esta autorización tiene vigencia de un (1) año a partir de la fecha en que la firmé. Puedo revocar esta autorización, por escrito, excepto en la medida en que Mercy haya actuado ya basándose en la misma. Entiendo que una fotocopia de este consentimiento se considerará tan válida como el documento original.

Entiendo que si no he sido completamente honesto al llenar la solicitud, debo renunciar a mi derecho de recibir el descuento y podría ser responsable por el pago de los costos totales del hospital. Por este medio certifico que la información presentada en esta solicitud es verdadera y exacta.

Firma del solicitante: _____ Fecha : _____

Si firma una persona que no es el solicitante, complete lo siguiente y proporcione la documentación necesaria:

Firma de la persona legalmente autorizada: _____ Fecha: _____

El paciente es: Menor Discapacitado Tutor legal

Complete la solicitud y envíela por correo a:

MercyCare Building
580 N. Washington Street-Customer Service Department
PO BOX 5003
Janesville, WI 53547
(608) 741-7630 o llame al número gratuito (866) 269-7115
Correo electrónico: custserv@mhsjvl.org
De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
O visite nuestro sitio Web en www.mercyhealthsystem.org

También puede llamar al 608-741-5658 o pedir hablar con un consejero financiero de para los pacientes para que le ayude a completar su solicitud.

La obligación de Mercy Harvard Hospital de acuerdo a la Ley de Descuento para Pacientes sin Seguro Médico de Illinois terminará si el paciente no cumple con presentar la documentación solicitada o no cumple con presentar una solicitud para obtener cobertura en programas públicos, en un plazo de 30 días a partir de la solicitud del hospital.

NO SE PUEDE DAR TRÁMITE A SU SOLICITUD HASTA QUE:

1. Complete y firme la solicitud en un plazo de 60 días contados a partir de la fecha del alta o de la fecha de servicio.

Debe incluir:

1. Copia de su declaración de impuestos federal más reciente (ex.1040, 1040A, 1040EZ). Si tiene un trabajo independiente, proporcione la declaración de impuestos federal completa.
2. Copia de los dos recibos de pago de nómina más recientes de todos los trabajos que ha tenido durante el año que demuestren los ingresos de este año hasta la fecha.
3. Copia del formulario W-2 y de los formularios 1099 más recientes.
4. Constancia escrita de los ingresos por parte de un empleador, si le pagan en efectivo.
5. Copia de la constancia de que recibe beneficios de compensación por desempleo o de otros ingresos fijos que reciba, como beneficios de veteranos, Seguro Social, jubilación, fondos de compensación por lesión, manutención infantil o beneficios por discapacidad.
6. Copia de los últimos 2 estados de cuenta bancarios que muestren la actividad de ahorros y de cheques.
7. Si no puede trabajar, debe presentar una solicitud para beneficios de discapacidad del Seguro Social. Debe proporcionar la documentación que indique que la solicitud está en trámite.
8. Debe presentar una solicitud, y proporcionar la documentación, de todos los recursos médicos relacionados que apliquen a sus circunstancias personales.

_____ **Asistencia médica**

- Debe tener hijos menores de 19 años, tener más de 65 años o ser ciego
- Llame al Condado de McHenry (815) 338-0234

_____ **Planificación familiar**

- Para mujeres de entre 15 y 45 años de edad sin seguro médico, para control de natalidad
- Llame al Condado de McHenry (815) 338-0234

_____ **Atención para adultos mayores**

- Para ayuda con los medicamentos recetados para los adultos mayores de 65 años
- Llame al Condado de McHenry (815) 338-0234

_____ **Allkids**

- <http://www.allkids.com/application.html>
- 1-866-ALL-KIDS (1-866-255-5437) TTY: 1-877-204-1012

_____ **Programa estatal de seguro médico para niños (State Children's Health Insurance Program)**

9. Denegación de cualquier seguro de responsabilidad civil si estuvo involucrado en un accidente o asalto.
10. Si fue asaltado, debe presentar una solicitud ante el programa de Testigos de Víctimas de Delitos (Crime Victim Witness) y adjuntar la documentación que indique que solicitó asistencia.
11. Si es estudiante universitario, debe proporcionar documentación que compruebe su estado actual de estudiante.

IMPORTANTE: Si su solicitud no está completa, las cuentas podrían estar en riesgo de ser enviadas a cobranza externa. Asegúrese de enviar toda la información y los comprobantes necesarios para que podamos dar trámite a su solicitud de manera oportuna.

Colaborador de Mercy que proporcionó la solicitud:

La solicitud debe entregarse antes del: