

Política de Mercy Health System Corporation: Asistencia financiera

Aprobado: 25/5/16

Vigente a partir de: 01/7/2016 – updated 01/7/2018

I. OBJETIVO

El objetivo de esta política es proporcionar los criterios necesarios para determinar si un paciente que busca atención médica en las entidades de Mercy Health Corporation (Mercyhealth) es elegible para diferentes formas de asistencia financiera y, además, proporcionar las directrices para las disposiciones de asistencia financiera para dichos pacientes.

Esta política está diseñada para cumplir con la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas (Internal Revenue Code) y otras leyes vigentes, que en Illinois incluyen la Ley para los Pacientes sin Seguro de los Hospitales de Illinois (Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act, HUPDA) y la Ley de Facturación Justa para los Pacientes de Illinois (Illinois Fair Patient Billing Act). Si las disposiciones de asistencia financiera quedan sujetas a requisitos de las leyes federales, estatales y locales, y esas leyes imponen disposiciones más estrictas que las descritas en esta política, entonces esas leyes serán las que rijan la forma en que Mercyhealth administra su programa financiero.

II. RESUMEN DE LA POLÍTICA

En Mercyhealth, todos los pacientes son tratados con dignidad y respeto, independientemente de su capacidad de pago. Generalmente, MHRS restringirá la asistencia financiera a los solicitantes que residen en las comunidades que atiende. Los servicios de estabilización de emergencia no serán denegados ni retrasados basándose en la capacidad de pago del paciente. Todos los hospitales Mercyhealth ofrecen, sin discriminación alguna, atención médica de emergencia a las personas, independientemente de su capacidad de pago o de su elegibilidad para recibir asistencia financiera. (Para Rockford Memorial Hospital, la política de atención médica de emergencia es “**Tratamiento médico de emergencia en cumplimiento con RMH/EMTALA**”. Para todos los demás hospitales Mercyhealth, la política de atención médica de emergencia es “**Pruebas de detección, tratamiento y transferencia de pacientes de conformidad con EMTALA**”).

No se le cobrará la atención médica de emergencia o médicamente necesaria prestada en el hospital (departamentos para pacientes hospitalizados o ambulatorios) a ningún paciente que sea elegible para recibir asistencia financiera de acuerdo a lo establecido por esta política, en cantidades que excedan el monto generalmente facturado (Amount Generally Billed, AGB).

Se otorgará asistencia financiera únicamente cuando la atención se considere médicamente necesaria (incluida la atención médica de emergencia) y después de determinar que los pacientes cumplen con todos los criterios financieros. Se les podría pedir a los pacientes que buscan asistencia financiera que primero presenten una solicitud para programas externos (como Medicaid o un seguro contratado en el mercado público), según corresponda, antes de determinar su elegibilidad de conformidad con lo establecido en esta política. Además, se le podría solicitar

a cualquier paciente sin seguro médico, y que se considere que tiene la capacidad financiera para comprar un seguro médico, que lo adquiera.

El jefe del Departamento de Contabilidad del Paciente tiene la autoridad final para determinar si un hospital de Mercyhealth ha hecho los esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para los programas de asistencia financiera.

III. DEFINICIONES

Para los fines de esta política, los siguientes términos se definen como se indica a continuación:

- A. **Asistencia financiera:** Los programas Presunta Atención de Beneficencia (Presumptive Charity Care), Atención de Beneficencia Tradicional (Traditional Charity Care), Asistencia Financiera Catastrófica (Catastrophic Financial Assistance) y Ley de Descuento para Pacientes sin Seguro Médico de Illinois (Illinois Hospital Patient Uninsured Discount Act, HUPDA) descritos en el presente documento. La asistencia financiera está disponible únicamente para los proveedores y los grupos que están especificados como “CUBIERTOS” en la lista de proveedores cubiertos y no cubiertos en la Política de Asistencia Financiera de Hospitales de Mercyhealth. Esa lista está disponible según lo que se describe en la Sección VII.
- B. **Medicamento necesario:** Excepto por lo relacionado con el programa HUPDA, por “Medicamento necesario” se entiende que son los servicios o suministros de atención hospitalarios (como paciente hospitalizado o ambulatorio) necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas y que cumple con los estándares de la medicina aceptados, incluida la atención médica de emergencia. “Medicamento necesario” no incluye las pruebas electivas o cosméticas, ni los procedimientos ni los medicamentos o suministros con receta que no sean administrados por el hospital.
- C. **Atención médica de emergencia:** Atención que ofrecen los hospitales para estados médicos de emergencia, como se define en la sección 1867 de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. 1395dd).
- D. **Sin seguro médico:** Un paciente del hospital que no tiene seguro médico o cobertura.
- E. **Monto generalmente facturado (AGB):** El monto generalmente facturado a los pacientes asegurados por atención médica de emergencia o medicamento necesaria. El AGB se determina según se describe en la Sección V siguiente.
- F. **Cargos brutos:** El monto total cobrado por un hospital de Mercyhealth por artículos y servicios antes de que se aplique cualquier descuento, asignación contractual o deducción.
- G. **Saldo que es responsabilidad del paciente:** El saldo por artículos y servicios después de haberse aplicado la cobertura de cualquier seguro, otra cobertura de terceros y otras deducciones aplicables (excepto asistencia financiera).
- H. **Presunta elegibilidad:** El proceso por medio del cual el hospital podría usar determinaciones e información previas de elegibilidad de otras fuentes diferentes a la persona para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera.

IV. PROGRAMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA Y CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Como parte de la misión de Mercyhealth de ofrecer atención médica integral, compasiva y coordinada para nuestros pacientes ofrecemos varios programas de asistencia financiera. La elegibilidad para recibir asistencia financiera, por lo general, se basa en si los ingresos de la familia están en o debajo de ciertos lineamientos establecidos para el nivel federal de pobreza. Cualquier paciente que no cumpla con los criterios relacionados con los ingresos financieros podría calificar para recibir Presunta Atención de Beneficencia (ver más adelante)

Si un paciente es elegible para más de un programa, Mercyhealth autorizará el mayor monto de beneficio disponible en los programas. Si se autoriza la asistencia financiera, la adjudicación se hará para un episodio específico y exclusivo de atención. Según el caso y de conformidad con la ley, se podrían exonerar otras cuentas pendientes de pago, incluidas las cuentas incobrables, si se documenta que el paciente cumplía con los requisitos de elegibilidad para recibir asistencia financiera en el momento en que se prestaron los servicios anteriores.

Todos los programas requieren una prueba de residencia. Todos los programas, excepto Presunta Atención de Beneficencia, requieren que los pacientes envíen una solicitud de asistencia financiera completa. Una solicitud no se considera completa a menos que incluya toda la documentación que requiere la solicitud. Mercyhealth podría, eventualmente, utilizar fuentes externas para que ayuden a determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. Por ejemplo, estas fuentes externas podrían proporcionar información acerca de elegibilidad para Medicaid, residencia o calificación de crédito.

- A. **Presunta Atención de Beneficencia** – Las facturas de los pacientes que cumplen con ciertos requisitos de Mercyhealth se reducen categóricamente en un 100 % del pago que es responsabilidad del paciente, en base al episodio. Se deben agotar todas las responsabilidades de terceros.
- Para la política y procedimiento específicos de Illinois, consulte el Anexo A.
 - Para la política y procedimiento específicos de Wisconsin, consulte el Anexo B.
- B. **Atención de Beneficencia Tradicional** – A los pacientes que cumplen con los criterios que se presentan más adelante y que envían una solicitud completa, se les reduce la responsabilidad del paciente. Se deben agotar todas las fuentes de pago de terceros.
- Para los pacientes que estén calificados de otra forma y que tengan ingresos del grupo familiar iguales o menores del 200 % de las directrices federales de pobreza, la responsabilidad del paciente se reducirá un 100 %.
 - Para los pacientes que estén calificados de otra forma y que tengan ingresos del grupo familiar entre 201 % y 300 % de las directrices federales de pobreza, la responsabilidad del paciente se determinará en una escala móvil de tarifas. Para ver la escala, consulte el Anexo C.
 - Se necesitará una nueva solicitud completa por cada episodio de atención o en cualquier momento en que se tenga conocimiento sobre información relevante pertinente para la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera.

- NOTA: Los centros de Wisconsin requieren prueba de activos que no sean de jubilación. Para obtener más información, consulte el Anexo B.

C. **Asistencia Financiera Catastrófica** – Los pacientes que busquen atención en Rockford Memorial Hospital podrían calificar para recibir Asistencia Financiera Catastrófica. En el Anexo A encontrará una descripción de este programa.

D. **Lev de Descuento para Pacientes sin Seguro Médico de Illinois (Illinois Hospital Patient Uninsured Discount Act, HUPDA)** – Los pacientes sin seguro médico que viven o reciben atención en Illinois podrían calificar para descuentos escalonados de tarifas médicas. En el Anexo A encontrará una descripción más amplia de estos descuentos.

A todos los pacientes sin seguro médico que no califiquen para uno de los programas de asistencia financiera se les otorgará un descuento de paciente sin seguro médico. No hay límite de descuento para los pacientes sin seguro médico. No se necesita autorización adicional para recibir el descuento de los pacientes sin seguro médico. Debido a que el descuento no se basa en una necesidad financiera, el descuento de pacientes sin seguro médico no está sujeto a las restricciones de los montos generalmente facturados (AGB) descritos en la Sección V.

V. CÁLCULO DE LOS MONTOS QUE SE COBRAN A LOS PACIENTES

No obstante lo antes mencionado en esta política, cuando se haya establecido la elegibilidad para la asistencia financiera, Mercyhealth no le cobrará a ningún paciente que sea elegible para recibir asistencia financiera, de acuerdo a lo establecido por esta política, ninguna cantidad que exceda el monto generalmente facturado (AGB) para los pacientes asegurados por atención médica de emergencia o atención médicamente necesaria.

Para calcular el AGB, Mercyhealth usa el método de “análisis retrospectivo” que se describe en la Sección 4(b)(2) del IRS y en la última reglamentación del Tesoro 501(r).

En este método, Mercyhealth utiliza datos basados en reclamos enviados al programa de Pago-por-servicio de Medicare y a todas las aseguradoras comerciales privadas por atención médica de emergencia y atención médicamente necesaria durante el año anterior para determinar el porcentaje de cobros brutos que permiten regularmente estas aseguradoras. Mercyhealth utiliza datos de un período de 12 meses, del 1 de abril al 31 de marzo, y ajustará anualmente el porcentaje de AGB, que cobrará vigor el 1 de julio de cada año. El AGB actual para cada hospital se incluye en los Anexos A y B.

Cualquier descuento se aplica al saldo que es responsabilidad del paciente por atención médica de emergencia o médicamente necesaria. Solo se podrá usar el descuento para cubrir deducibles, coseguros y copagos por servicios, si lo permite la ley y los contratos de reembolso del hospital.

VI. PLANES DE PAGO Y DE COBRO Y OTRAS MEDIDAS TOMADAS EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE PAGO

Los planes de pago deberán ser aprobados y tendrán vigencia hasta de 24 meses, con un pago mínimo de cincuenta dólares (\$50) al mes para las personas que reciben asistencia financiera

parcial, así como para otras personas calificadas. No se cobrarán intereses en los saldos de las cuentas. Si una persona cumple con los términos del plan de pago autorizado, entonces no se tomará ninguna medida de cobro.

Las medidas de cobro que podría tomar Mercyhealth si no se recibe una solicitud de asistencia financiera o el pago se describen en una política separada (una para Rockford Memorial Hospital y una para los demás hospitales). Puede solicitar una copia gratuita de esta política completa en persona o por correo, usando la información de contacto que se incluye a continuación.

VII. CONFIDENCIALIDAD

Mercyhealth respeta la confidencialidad y la dignidad de sus pacientes y comprende que solicitar asistencia financiera podría ser un tema delicado. Toda la información de la solicitud está sujeta a las prácticas de privacidad de Mercyhealth.

VIII. CÓMO PRESENTAR UNA SOLICITUD Y BUSCAR OTROS DOCUMENTOS CLAVE

La lista de proveedores que cubre esta política se incluye en un documento aparte, el cual se puede obtener sin ningún costo a través de los sitios Web y los puntos de contacto que se incluyen a continuación.

Para obtener una copia gratuita de la solicitud de asistencia financiera o para presentar una solicitud, visite o llame al lugar que le corresponda en la siguiente lista. Las personas cuyos números de teléfono se incluyen a continuación pueden prestarle ayuda con la solicitud de asistencia financiera.

En Illinois:

Rockford Memorial Hospital
2400 North Rockton Avenue- Servicios financieros para pacientes
Rockford IL 61103
(815) 971-6313 o llame al número gratuito 1-800-987-4170
<https://mychart.rhsnet.org/mychart/>
De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
O visite nuestro sitio Web en www.rhsnet.org

En Wisconsin:

MercyCare Building
580 N. Washington Street-Departamento de Servicio al Cliente
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 hay disponibles copias impresas de la solicitud de asistencia financiera en los siguientes lugares: Rockford Memorial Hospital, Mercy Hospital and Trauma Center, Mercy Walworth Hospital and Medical Center y Mercy Harvard Hospital:

Departamentos de emergencia
Laboratorios médicos
Departamentos de admisiones
Radiología para pacientes ambulatorios
Oficinas de registro
Servicio al Cliente de Servicios Financieros para Pacientes

Las solicitudes completas se deben entregar o enviar por correo a la misma dirección.

Esta política y su documentación de respaldo (por ejemplo, la solicitud de asistencia financiera) estarán disponibles en los sitios Web que se indicaron anteriormente, en un formato fácil de ver, descargar e imprimir. El sitio Web también podría tener el resumen de la política en lenguaje sencillo. Las copias impresas de esta política, de la solicitud y del resumen de la política en lenguaje sencillo estarán disponibles a solicitud, sin ningún cargo, en diferentes ubicaciones en el hospital o por correo. Habrán rótulos visibles indicando la disponibilidad de asistencia financiera; además, el contenido relacionado con la asistencia financiera estará disponible en los sitios Web antes mencionados.

ANEXO A

Hospitales de Illinois

Lo siguiente se relaciona con los pacientes que reciben atención prestada por hospitales de Illinois. El AGB para Rockford Memorial Hospital actualmente es de 31.5 %. El AGB para Mercy Harvard Hospital actualmente es de 53.2 %.

A) Presunta Atención de Beneficencia de Illinois: Un paciente de Rockford Memorial Hospital o de Mercy Harvard Hospital calificará automáticamente para recibir Presunta Atención de Beneficencia si:

- El paciente es actualmente elegible para recibir Medicaid en otras fechas de servicio o para servicios que se considera que no están cubiertos por Medicaid; o,
- El paciente está inscrito o es elegible para un programa de asistencia para personas de bajos ingresos (WIC, SNAP, Programa para desayuno/almuerzo gratuito de Illinois (IL Free Breakfast/Lunch Program), Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (Low Income Home Energy Assistance Program), Asistencia médica comunitaria (Community Based Medical Assistance), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), Programa de Apoyo para el Alquiler de Viviendas de la Autoridad de Desarrollo de la Vivienda de Illinois (Illinois Housing Development Authority's Rental Housing Support Program) o reciben ayuda de subvención); o
- El paciente no tiene hogar, falleció y no tiene patrimonio, o está mentalmente discapacitado y no tiene a nadie que lo represente o está en bancarrota confirmada.

Esta política está diseñada para servir como Política de Presunta Elegibilidad para Mercyhealth, según lo establece la ley. Mercyhealth aplicará los criterios adecuados de presunta elegibilidad a los pacientes, tan pronto como se pueda y después de que reciban los servicios de atención médica de Mercyhealth y, en el caso de Rockford

Memorial Hospital y Mercy Harvard Hospital, antes de que Mercyhealth emita cualquier factura por la atención recibida.

B) Ley de Descuento para Pacientes sin Seguro Médico de Illinois (Illinois Hospital Patient Uninsured Discount Act, HUPDA): Rockford Memorial Hospital y Mercy Harvard Hospital tienen un descuento escalonado disponible de acuerdo a las siguientes directrices:

- El paciente debe ser residente de Illinois y
- El paciente no debe tener otra forma de seguro de terceros y
- El paciente tiene ingresos familiares de 600 % o menos del nivel federal de pobreza

El descuento aplica solo a los servicios que son “medicamente necesarios”, los cuales tienen una definición diferente para HUPDA que para los programas descritos en esta política. De acuerdo a la legislación de Illinois, “medicamente necesario” en relación a HUPDA significa cualquier servicio hospitalario como paciente hospitalizado o ambulatorio, incluidos los productos farmacéuticos o los suministros que el hospital proporciona al paciente, cubiertos por Medicare para los beneficiarios con la misma presentación clínica que el paciente elegible para recibir asistencia financiera. Un servicio “medicamente necesario” no incluye ninguno de los siguientes: (1) servicios no médicos, como servicios sociales o vocacionales; o (2) cirugía cosmética electiva, pero no cirugía plástica diseñada para corregir desfiguración ocasionada por una lesión, enfermedad, defecto congénito o deformidad.

Los pacientes sin seguro médico que estén calificados de otra forma y que tengan ingresos del grupo familiar iguales o menores del 200 % de las directrices federales de pobreza, recibirán un descuento del 100 % en cualquier factura por servicio médicamente necesario que exceda de \$300 en cualquier admisión individual de un paciente hospitalizado o visita para atención como paciente ambulatorio.

Para los demás pacientes no asegurados que califiquen para HUPDA, los cargos por servicios médicamente necesarios que excedan de \$300 en cualquier admisión individual de un paciente hospitalizado o visita para atención como paciente ambulatorio deberán estar sujetos a un “Descuento para pacientes sin seguro médico”. El descuento para pacientes sin seguro médico deberá calcularse mediante la siguiente fórmula:

$[1 - (1.35 \times \text{relación entre el costo y los cargos})] \times \text{cargos}$.

Durante un período de 12 meses, los hospitales no podrán cobrar más del 25 % del ingreso bruto de la familia de un paciente que sea elegible para HUPDA.

Asistencia Financiera Catastrófica: Está disponible para todos los pacientes sin seguro médico que tienen saldos pendientes de pago por atención médica en Rockford Memorial Hospital que excedan el 30 % de los ingresos anuales de la familia. Para calificar para recibir Asistencia Financiera Catastrófica en caso de una catástrofe, los gastos médicos de la familia del paciente en Rockford Memorial Hospital que cubran un período de 12 meses a partir de la fecha de servicio deben exceder el 30 % de los ingresos de la familia para el mismo período.

ANEXO B

Hospitales de Wisconsin

Lo siguiente se relaciona con los pacientes que reciben atención prestada por hospitales de Wisconsin. El AGB para Mercy Hospital y Trauma Center actualmente es de 33.73 % y el AGB para Mercy Walworth Hospital and Medical Center es de 39.3%.

Inmigrantes no autorizados: Por lo general estos pacientes no son elegibles para recibir asistencia financiera en Wisconsin.

Prueba de activos financieros que no sean de jubilación para Atención de Beneficencia (se necesitan TODOS los documentos que aplican): Cuentas monetarias o de ahorros, 401k, acciones, certificados de depósito, fondos mutuos, cuentas de ahorro para la salud/de gastos flexibles o cuentas en cooperativas de crédito

Presunta Atención de Beneficencia de Wisconsin: Un paciente calificará automáticamente para recibir Presunta Atención de Beneficencia si:

- El paciente es actualmente elegible para recibir Medicaid en otras fechas de servicio o para servicios que se considera que no están cubiertos por Medicaid; o,
- El paciente no tiene hogar, falleció y no tiene patrimonio, o está en bancarrota confirmada.

ANEXO C

Descuento aplicado al saldo que es responsabilidad del paciente para Atención de Beneficencia Tradicional

Family Size	2018 Poverty Guidelines	2018 Federal Poverty Guidelines and Patient Responsible Percentages				
		Tier 200% or Less of Poverty Guidelines 100% Discount	Tier 201-225% or Less of Poverty Guidelines 80% Discount	Tier 226-250% or Less of Poverty Guidelines 60% Discount	Tier 251-275% or Less of Poverty Guidelines 40% Discount	Tier 276-300% or Less of Poverty Guidelines 20% Discount
1	\$12,140	\$24,280	24,281 - 27,436	27,437 - 30,471	30,472 - 33,506	33,507 - 36,420
2	\$16,460	\$32,920	32,921 - 37,200	37,201 - 41,314	41,315 - 45,429	45,430 - 49,380
3	\$20,780	\$41,560	41,561 - 46,962	46,963 - 52,157	52,158 - 57,351	57,352 - 62,340
4	\$25,100	\$50,200	50,201 - 56,725	56,726 - 63,000	63,001 - 69,275	69,276 - 75,300
5	\$29,420	\$58,840	58,841 - 66,488	66,489 - 73,843	73,844 - 81,198	81,199 - 88,260
6	\$33,740	\$67,480	67,481 - 76,252	76,253 - 84,687	84,688 - 93,122	93,123 - 101,220
7	\$38,060	\$76,120	76,121 - 86,015	86,016 - 95,531	95,532 - 105,046	105,047 - 114,180
8	\$42,380	\$84,760	84,761 - 95,779	95,780 - 106,374	106,375 - 116,969	116,970 - 127,140
Due from Patient		0%	20%	40%	60%	80%

**add \$4320 for each additional person

*En caso de que este descuento tenga como consecuencia un cobro por atención médica de emergencia o atención médicamente necesaria mayor que el monto generalmente facturado (AGB) a los pacientes asegurados, el cobro se limitará al AGB.