



# Política Corporativa del Sistema Mercy Health: Asistencia Financiera

Aprobado: 8/19/2020

Entró en vigencia: 7/1/2016 – actualizado 8/19/2019

---

## I. OBJETIVO

El objetivo de esta política es el proporcionar criterios por escrito para determinar si los pacientes que buscan atención médica por parte de las entidades de la Corporación de Mercy Health (Mercyhealth) son elegibles para las diversas formas de asistencia financiera y también para proporcionarle las normas para las provisiones de asistencia financiera a dichos pacientes.

Esta política está diseñada para cumplir con la Sección 501 (r) del Código de Impuestos Internos y otras leyes pertinentes, las cuales en Illinois incluyen la ley de Descuento Para Pacientes De Hospital Sin Seguro Médico De Illinois (HUPDA, por sus siglas en inglés) y la ley de Facturación Justa para el Paciente de Illinois. Si las provisiones de asistencia financiera llegan a ser sujetas a requerimientos adicionales por parte de las leyes federales, estatales, o locales, y esas leyes imponen requerimientos más rigurosos que los detallados en esta política, entonces esas leyes determinarán como Mercyhealth administrará su programa de asistencia financiera.

## II. RESUMEN DE LA POLÍTICA

En Mercyhealth, todos los pacientes son tratados con dignidad y respeto independientemente de su habilidad para pagar. Mercyhealth generalmente limitará la consideración de asistencia financiera a los pacientes que residen dentro de las comunidades a las que sirve. Los servicios de estabilización de emergencia nunca serán negados o retrasados con base a la habilidad para pagar. Cada hospital de Mercyhealth proporciona, sin discriminación, atención médica de emergencia a los individuos sin importar su habilidad para pagar o la elegibilidad para recibir asistencia financiera.

**A cualquier paciente elegible para asistencia financiera bajo esta política no se le cobrará más de la cantidad generalmente cobrada (AGB, por sus siglas en inglés) a los pacientes asegurados, por la atención médica de emergencia o cuidado medicamente necesario proporcionado por el hospital (departamentos para pacientes internos o ambulatorios).**

La asistencia financiera solo será proporcionada cuando la atención médica sea considerada medicamente necesaria (incluyendo cuidado de emergencia) y después de que los pacientes cumplan con todos los criterios financieros. A los pacientes que solicitan asistencia financiera se les podría pedir que primero soliciten un programa externo (tal como Medicaid o seguro médico a través del mercado público) según sea apropiado antes de que la elegibilidad bajo esta política

sea determinada. Además, cualquier paciente sin seguro que se considere tenga la capacidad financiera para comprar seguro de salud se le pedirá que lo haga.

El liderazgo del departamento de contabilidad del paciente tiene la autoridad final para determinar si el hospital Mercyhealth ha realizado esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de los programas de asistencia financiera.

### **III. DEFINICIONES:**

Los siguientes términos están definidos a continuación para fines de esta política:

- A. **Asistencia financiera:** Los programas de asistencia presunta de caridad, asistencia tradicional de caridad, y ley de Descuento Para Pacientes De Hospital Sin Seguro Médico De Illinois (HUPDA, por sus siglas en inglés) son explicados aquí. La asistencia financiera está disponible solamente para los proveedores o los grupos indicados como “CUBIERTOS” en la lista de proveedores cubiertos y no cubiertos bajo el documento de Información Complementaria para Asistencia Financiera del hospital Mercyhealth. Esa lista está disponible en nuestro sitio web [www.mercyhealthsystem.org](http://www.mercyhealthsystem.org) o disponible sin costo alguno como está establecido en la Sección VII.
- B. **Medicamento necesario:** Excepto en relación al programa HUPDA, “medicamento necesario” se refiere a servicios de hospital o suministros (paciente interno o ambulatorio) que se necesitan para diagnosticar o tratar un trastorno, lesión, condición, enfermedad o sus síntomas y que reúnan los estándares aceptados de la medicina, incluyendo atención médica de emergencia. “medicamento necesario” no incluye exámenes o procedimientos electivos o de estética o medicamentos/suministros recetados que no sean administrados en el hospital.
- C. **Atención médica de emergencia:** La atención médica recibida en el hospital para condiciones médicas de emergencia está definida en la Sección 1867 de la ley del Seguro Social (42 U.S.C. 1395dd).
- D. **No asegurado:** Un paciente del hospital sin ningún seguro de salud o cobertura.
- E. **Cantidad generalmente cobrada (AGB, por sus siglas en inglés):** La cantidad generalmente cobrada a los pacientes sin seguro médico por atención médica de emergencia o atención medicamente necesaria. El AGB es determinado según es explicado en la sección IV abajo.
- F. **Cargos en bruto:** La cantidad total cobrada por el hospital Mercyhealth por artículos y servicios antes de que cualquier descuento, provisiones contractuales, o deducciones sean aplicados.
- G. **Saldo responsabilidad del paciente:** El saldo de cualquier artículo y servicio después de que cualquier seguro, cobertura de terceros, y otras deducciones correspondientes (a excepción de asistencia financiera) sean aplicadas.
- H. **Presunta elegibilidad:** El proceso por el cual el hospital podría usar determinaciones de elegibilidad anteriores y/o información de otras fuentes aparte de las proporcionadas para determinar la elegibilidad para asistencia financiera.

### **PROGRAMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA Y CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD**

Como parte de la misión de Mercyhealth de proporcionar amplia atención médica coordinada, compasiva a nuestros pacientes, ofrecemos varios programas de asistencia financiera. La

elegibilidad para la asistencia financiera generalmente está basada en los ingresos familiares iguales o por debajo de los niveles establecidos de pobreza federal. Un paciente que no reúna los criterios relacionados con los ingresos financieros podría calificar para presunta asistencia de caridad (vea abajo).

Si un paciente es elegible para más de un programa, Mercyhealth aprobará la cantidad más grande disponible bajo los programas.

Todos los programas requieren prueba de residencia. Todos los programas a excepción del programa de presunta asistencia de caridad requieren que los pacientes presenten una solicitud completa de asistencia financiera. Una solicitud no es considerada completa a menos que incluya todos los documentos requeridos en la solicitud. Mercyhealth podría, cada cierto tiempo, usar fuentes externas de terceros para ayudar a determinar la elegibilidad para la asistencia financiera. Por ejemplo, estas fuentes de terceros podrían proporcionar información sobre la elegibilidad para Medicaid, residencia, o puntaje de crédito.

- A. **Presunta asistencia de caridad** – Las facturas de pacientes que reúnen ciertos requerimientos por parte de Mercyhealth son reducidas categóricamente por un 100% con bases irregulares para cualquier responsabilidad del paciente. Todas las obligaciones de terceros deben ser agotadas. Basándose en la información recibida de terceras fuentes, Mercyhealth podría clasificar una cuenta como presunta asistencia de caridad y reducir la cantidad hasta un 100%.
- Para la política y procedimiento específico para Illinois, por favor ve el anexo A.
  - Para la política y procedimiento específico para Wisconsin, por favor ve el anexo B.
- B. **Asistencia de caridad tradicional** – Para los pacientes que reúnan los criterios mencionados abajo y presenten una solicitud completa, la responsabilidad del paciente es reducida. Todas las fuentes de pagos de terceros deben ser agotadas.
- Para pacientes que han calificado y tienen un ingreso familiar igual o menos del 200% del nivel de pobreza federal, la responsabilidad del paciente será reducida un 100%.
  - Para los pacientes que han calificado y tienen un ingreso familiar que va del 201% al 300% del nivel de pobreza federal, la responsabilidad del paciente será determinada en una escala de tarifas variable. La escala está disponible en la Información Complementaria para Asistencia Financiera en nuestro sitio web [www.mercyhealthsystem.org](http://www.mercyhealthsystem.org) o disponible sin costo como está establecido en la Sección VII.
  - Se requiere una solicitud completa para servicios adicionales no incluidos en las solicitudes originales. La asistencia de caridad tradicional no es considerada como un plan de seguro. NOTA: las oficinas de Wisconsin requieren prueba de bienes no relacionados con la jubilación. Para más información, por favor vea el anexo B.
- C. **Ley de Descuento Para Pacientes De Hospital Sin Seguro Médico De Illinois (HUPDA, por sus siglas en inglés)** – Los pacientes sin seguro y que reciben atención médica en Illinois podrían calificar para descuentos escalonados para tarifas médicas. Una descripción más detallada de estos descuentos se encuentra en el anexo A.

A todos los pacientes sin seguro que no califiquen para ninguno de los programas de asistencia financiera mencionados arriba se les concederá un descuento para pacientes sin seguro. No hay un límite de dólares para el descuento de pacientes sin seguro. No se necesitan aprobaciones adicionales para el descuento de pacientes sin seguro. Ya que el descuento para paciente sin seguro no está basado en la necesidad económica, este no está sujeto a las limitaciones de la cantidad generalmente cobrada (AGB, por sus siglas en inglés) explicado en la Sección IV.

#### **IV. CALCULANDO LAS CANTIDADES COBRADAS A LOS PACIENTES**

A pesar de cualquier otra cosa en esta política, una vez que se ha establecido la elegibilidad para la asistencia financiera, Mercyhealth no le cobrará a los pacientes que son elegibles para asistencia financiera bajo esta política más de la cantidad generalmente cobrada (AGB, por sus siglas en inglés) a los pacientes con seguro para atención médica de emergencia o cuidado médicamente necesario.

Para calcular el AGB, Mercyhealth usa el método “mirar hacia atrás” detallado en la Sección 4(b)(2) de la norma de Servicios de Impuestos Internos y Tesorería 501 (r) regla final.

Con este método Mercyhealth usa información basada a los reclamos enviados al programa de Medicare tarifa por servicio y a todas las aseguradoras comerciales privadas para atención médica de emergencia y cuidado medicamento necesario del último año para determinar el porcentaje de cargos brutos que es típicamente permitido por estas aseguradoras. Mercyhealth usa la información por un periodo de 12 meses, comenzando el 1<sup>ro</sup> de abril hasta el 31 de marzo y ajustará el porcentaje anual de la cantidad generalmente cobrada, entrando en vigencia el 1<sup>ro</sup> de julio. La cantidad generalmente cobrada actual por cada hospital está incluida en la Información Complementaria para Asistencia Financiera en nuestra página web [www.mercyhealthsystem.org](http://www.mercyhealthsystem.org) o disponible sin cargo alguno como es mencionado en la Sección VII.

Cualquier descuento es aplicado al saldo responsabilidad del paciente para atención médica de emergencia y cuidado medicamento necesario. Un descuento solo puede ser usado para cubrir deducibles, coseguros, y copagos por servicios si es permitido por la ley y el contrato de reembolso de hospital.

#### **V. CONFIDENCIALIDAD**

Mercyhealth respeta la confidencialidad y dignidad de sus pacientes y entiende que el solicitar asistencia financiera puede ser un asunto delicado. Todos los solicitantes están sujetos a las prácticas de privacidad de Mercyhealth.

#### **VI. COMO SOLICITAR Y ENCONTRAR OTROS DOCUMENTOS CLAVES**

La lista de proveedores amparados bajo esta política se encuentra en documento separado, Información Complementaria para Asistencia Financiera, el cual se puede obtener sin cargo alguno a través de los sitios web y lugares de contacto mencionados abajo.

Para obtener una copia gratuita de la solicitud para asistencia financiera o para pedir una, por

favor visite o llame el lugar correspondiente mencionado abajo. El personal en los números de teléfono mencionados abajo puede ofrecerle ayuda con la solicitud de asistencia financiera.

**En Illinois:**

Javon Bea Hospital - Rockton Avenue  
2400 North Rockton Avenue- cajero del hospital  
Rockford IL 61103

O

Rockford Health Physicians  
2300 North Rockton Avenue – oficina de facturación sur  
Rockford IL 61103

(815) 971-4170 o sin costo al (800)-987-4170

E-mail: [rmhpfs@rhsnet.org](mailto:rmhpfs@rhsnet.org)

De lunes a viernes, de 8 am a 4:30 pm

O en nuestro sitio web [www.rhsnet.org](http://www.rhsnet.org) - ([www.mercyhealthsystem.org](http://www.mercyhealthsystem.org))

Para servicios en el Hospital Mercy Harvard – por favor use la información mencionada abajo:

**En Wisconsin:**

MercyCare Building  
580 N. Washington Street-North Billing Office – Departamento de servicio al cliente  
Janesville, WI 53547

(608) 741-7630 o sin costo al (866) 269-7115

E-mail: [custserv@mhemail.org](mailto:custserv@mhemail.org)

De lunes a viernes, de 8am a 4:30pm

O en nuestro sitio web [www.mercyhealthsystem.org](http://www.mercyhealthsystem.org)

Copias impresas de la solicitud de asistencia financiera también están disponibles en los siguientes lugares en el Hospital Javon Bea– Rockton Avenue y Hospital Javon Bea–Riverside, Hospital y Centro de Trauma Mercyhealth, Hospital y Centro Médico Mercyhealth Walworth, y Hospital Mercyhealth Harvard:

Departamentos de emergencia, laboratorios médicos, departamentos de admisión, radiología para pacientes ambulatorios, escritorios de registración, servicios financieros para pacientes servicios al cliente.

**Las solicitudes completas deben ser regresadas o enviadas por correo a la misma dirección.**

Esta política y sus documentos adicionales (ej., solicitud de asistencia financiera) estarán disponibles en los sitios web mencionados abajo en un formato que pueda ser fácilmente descargado, visto, e impreso. El sitio web podría también incluir un resumen de la política en un lenguaje sencillo. Copias impresas de esta política, solicitud, información complementaria, el resumen de esta política en un lenguaje sencillo estarán disponibles bajo petición, sin costo, en las sucursales del hospital y por correo. Letreros detallando la disponibilidad de la asistencia financiera serán colocados de forma visible y el contenido con respecto a la asistencia financiera

estará disponible en los sitios web mencionados arriba.

**REFERENCIAS:**

Ley de Descuento Para Pacientes De Hospital Sin Seguro Médico De Illinois (HUPDA, por sus siglas en inglés)

Sección 501(r) of the Internal Revenue Code

Sección 1867 of the Social Security Act (42 U.S.C. 1395dd)

Sección 4(b)(2) of the IRS and Treasury's 501(r) norma definitiva

## ANEXO A

### Hospitales en Illinois

Lo siguiente se refiere a pacientes que reciben atención médica proporcionada por hospitales en Illinois.

A) **Presunta asistencia de caridad en Illinois:** Los pacientes de uno de los hospitales Javon Bea y del hospital de Harvard automáticamente calificarán para presunta caridad si:

- El paciente actualmente es elegible para recibir Medicaid para otras fechas de servicio o servicios considerados no cubiertos por Medicaid; o,
- El paciente está inscrito en o es elegible para, un programa de asistencia para personas de bajos ingresos (WIC, SNAP, programa de desayuno/almuerzo gratuito de IL, programa de asistencia de energía para hogares de bajos ingresos, asistencia médica basada en la comunidad, asistencia temporal para familias necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), el programa de apoyo de alquiler de vivienda de la autoridad de desarrollo de vivienda de Illinois, o recibe ayuda de subsidios; o,
- El paciente no tiene hogar/vagabundo, murió sin bienes, está incapacitado mentalmente sin nadie que pueda actuar en su nombre o ha sido confirmado su estado de bancarrota.

B) Esta política está diseñada para servir como política de presunta elegibilidad de Mercyhealth. Mercyhealth implementará los criterios de presunta elegibilidad apropiados a los pacientes lo más pronto posible después de recibir los servicios de cuidados de salud por parte de Mercyhealth. La ley de Descuento Para Pacientes De Hospital Sin Seguro Médico De Illinois (**HUPDA, por sus siglas en inglés**): un descuento escalonado está disponible para pacientes en uno de nuestros hospitales Javon Bea y el hospital de Harvard bajo las siguientes normas:

- El paciente debe ser un residente de Illinois; y,
- El paciente no puede contar con un seguro médico por parte de terceros, y,
- El paciente tiene ingresos familiares del 600% o menos del nivel de pobreza federal. 300% o menos para el Hospital Mercyhealth Harvard.

Este descuento aplica solamente para los servicios “medicamente necesarios” los cuales están definidos diferente para HUPDA que para los otros programas explicados en esta política. Bajo la ley de Illinois “medicamente necesario” en relación a HUPDA significa cualquier servicio de hospital para pacientes internos o ambulatorios, incluyendo fármacos o suministros proporcionados por el hospital al paciente, cubierto bajo Medicare para beneficiarios con el mismo cuadro clínico que el paciente elegible para asistencia financiera. Un servicio “medicamente necesario” no incluye ninguno de los siguientes: (1) servicios no médicos tales como servicios sociales y vocacionales; ó (2) cirugía estética, pero no cirugía plástica diseñada para corregir una desfiguración causada por una lesión, enfermedad, o defecto congénito, o deformidad.

Pacientes sin seguro que han calificado y tienen un ingreso familiar igual a o menos del 200% del nivel de pobreza federal deberá recibir un descuento del 100% en cualquier factura por servicios medicamente necesarios que superen los \$300 en cualquier ingreso como paciente interno o una cita como paciente ambulatorio. El descuento del 100% aplica para los ingresos del hogar igual o menos del 125% del nivel federal de pobreza para el hospital Mercyhealth de Harvard.

Para todos los otros pacientes sin seguro que califiquen para HUPDA, los cargos para servicios medicamente necesarios que superen los \$300 en cualquier ingreso como paciente interno o cita como paciente ambulatorio deberán estar sujetos al “descuento sin seguro.” El descuento sin seguro deberá ser calculado usando la siguiente formula:  
[1-(1.35 x tasa del costo de cargos)] x cargos.

En un periodo de 12 meses, los hospitales no pueden recolectar más del 25% de los ingresos familiares brutos de un paciente elegible para HUPDA.



## ANEXO B

### Hospitales en Wisconsin

Lo siguiente se refiere a pacientes que reciben atención médica proporcionada por hospitales en Wisconsin.

**Inmigrantes indocumentados:** estos pacientes generalmente no son elegibles para la asistencia financiera en los hospitales de Wisconsin.

**Prueba de bienes financieros no relacionados con la jubilación para asistencia de caridad (se requieren todos los documentos que apliquen):** cuentas de cheques/ahorros, 401k, acciones, certificados de depósito, fondo de inversión, cuentas de ahorros de salud/gastos flexibles, o cuentas de una unión/cooperativa de crédito.

**Presunta asistencia de caridad en Wisconsin:** los pacientes califican automáticamente para la presunta caridad si:

- El paciente actualmente es elegible para recibir Medicaid o servicios considerados no cubiertos por Medicaid; o,
- El paciente no tiene hogar/vagabundo, murió sin bienes o su estado de bancarrota ha sido confirmado.