

44 administrará su programa de asistencia financiera.

45

46 **II. RESUMEN DE LA POLÍTICA**

47

48 En Mercyhealth, todos los pacientes son tratados con dignidad y respeto
49 independientemente de su habilidad para pagar. Mercyhealth generalmente limitará la
50 consideración de asistencia financiera a los pacientes que residen dentro de las
51 comunidades a las que sirve. Los servicios de estabilización de emergencia nunca serán
52 negados o retrasados con base a la habilidad para pagar. Cada hospital de Mercyhealth
53 proporciona, sin discriminación, atención médica de emergencia a los individuos sin
54 importar su habilidad para pagar o la elegibilidad para recibir asistencia financiera. (Para
55 los hospitales de Javon Bea, la política de atención médica de emergencia es
56 **“Tratamiento médico de emergencia en el Hospital Javon Bea / Cumplimiento de la
57 Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo (EMTALA, por sus
58 siglas en inglés)”**. Para todos los demás hospitales de Mercyhealth, la política de
59 atención médica de emergencia es **“Deteccion, tratamiento y transferencia de
60 pacientes de EMTALA”**.)

61

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

67

68 La asistencia financiera solo será proporcionada cuando la atención médica sea
69 considerada médicamente necesaria (incluyendo cuidado de emergencia) y después de
70 que los pacientes cumplan con todos los criterios financieros. A los pacientes que
71 solicitan asistencia financiera se les podría pedir que primero soliciten un programa
72 externo (tal como Medicaid o seguro médico a través del mercado público) según sea
73 apropiado antes de que la elegibilidad bajo esta política sea determinada. Además,
74 cualquier paciente sin seguro que se considere tenga la capacidad financiera para comprar
75 seguro de salud se le pedirá que lo haga.

76

77 El liderazgo del departamento de Servicios Financieros Para el Paciente tiene la autoridad
78 final para determinar si Mercyhealth ha realizado esfuerzos razonables para determinar la
79 elegibilidad para todos los programas de Asistencia Financiera.

80

81 **III. DEFINICIONES:**

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

83 **A. Asistencia financiera:** Los programas de asistencia presunta de caridad,
84 asistencia tradicional de caridad, y ley de Descuento Para Pacientes De Hospital
85 Sin Seguro Médico De Illinois (HUPDA, por sus siglas en inglés) son explicados
86 aquí. La asistencia financiera está disponible solamente para los proveedores o los
87 grupos indicados como “CUBIERTOS” en la lista de proveedores cubiertos y no
88 cubiertos bajo el documento de Información Complementaria para Asistencia

89 Financiera del hospital Mercyhealth. Esa lista está disponible en nuestro sitio web
90 www.mercyhealthsystem.org o disponible sin costo alguno como está establecido
91 en la Sección VII.

92 **B. Medicamento necesario:** Excepto en relación al programa HUPDA,
93 “medicamento necesario” se refiere a servicios de hospital o suministros (paciente
94 interno o ambulatorio) que se necesitan para diagnosticar o tratar un trastorno,
95 lesión, condición, enfermedad o sus síntomas y que reúnan los estándares
96 aceptados de la medicina, incluyendo atención médica de emergencia.
97 “medicamento necesario” no incluye exámenes o procedimientos electivos o de
98 estética o medicamentos/suministros recetados que no sean administrados en el
99 hospital.

100 **C. Atención médica de emergencia:** La atención médica recibida en el hospital para
101 condiciones médicas de emergencia está definida en la Sección 1867 de la ley del
102 Seguro Social (42 U.S.C. 1395dd).

103 **D. No asegurado:** Un paciente del hospital sin ningún seguro de salud o cobertura.

104 **E. Cantidad generalmente cobrada (AGB, por sus siglas en inglés):** La cantidad
105 generalmente cobrada a los pacientes sin seguro médico por atención médica de
106 emergencia o atención medicamento necesaria. El AGB es determinado según es
107 explicado en la sección IV abajo.

108 **F. Cargos en bruto:** La cantidad total cobrada por el hospital Mercyhealth por
109 artículos y servicios antes de que cualquier descuento, provisiones contractuales,
110 o deducciones sean aplicados.

111 **G. Saldos responsabilidad del paciente:** El saldo de cualquier artículo y servicio
112 después de que cualquier seguro, cobertura de terceros, y otras deducciones
113 correspondientes (a excepción de asistencia financiera) sean aplicadas.

114 **H. Presunta elegibilidad:** El proceso por el cual el hospital podría usar
115 determinaciones de elegibilidad anteriores y/o información de otras fuentes aparte
116 de las proporcionadas para determinar la elegibilidad para asistencia financiera.

117 **PROGRAMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA Y CRITERIOS DE** 118 **ELEGIBILIDAD** 119

120 Como parte de la misión de Mercyhealth de proporcionar amplia atención médica
121 coordinada, compasiva a nuestros pacientes, ofrecemos varios programas de asistencia
122 financiera. La elegibilidad para la asistencia financiera generalmente está basada en el
123 tamaño de la familia y los ingresos brutos iguales o por debajo de los niveles establecidos
124 de pobreza federal. Un paciente que no reúna los criterios relacionados con los ingresos
125 financieros podría calificar para presunta asistencia de caridad (vea abajo).

126 Si un paciente es elegible para más de un programa, Mercyhealth aprobará la cantidad
127 más grande disponible bajos los programas. Sobre una base de caso por caso y de acuerdo
128 con la ley aplicable, se puede renunciar a otras cuentas por cobrar pendientes, incluidas
129 las deudas incobrables, si se puede documentar que el paciente cumplió con la
130 elegibilidad para la asistencia financiera en el momento de los servicios anteriores.

131 Todos los programas requieren prueba de residencia dentro de las comunidades a las que
132 servimos. Todos los programas a excepcion del programa de presunta asistencia de
133 caridad requieren que los pacientes presenten toda la documentación requerida para ser
134 considerados elegibles. Es posible que una solicitud no se considere completa a menos
135 que incluya todos los documentos requeridos en la solicitud. Mercyhealth podría, cada
136 cierto tiempo, usar fuentes externas de terceros para ayudar a determinar la elegibilidad
137 para la asistencia financiera. Por ejemplo, estas fuentes de terceros podrían proporcionar
138 información sobre la elegibilidad para Medicaid, residencia, o puntaje de crédito.

139

140 A. **Presumptive Charity Care** – Las facturas de pacientes que reúnen ciertos
141 requerimientos por parte de Mercyhealth son reducidas categóricamente por
142 un 100% con bases irregulares para cualquier responsabilidad del paciente.
143 Todas las obligaciones de terceros deben ser agotadas. Basándose en la
144 información recibida de terceras fuentes, Mercyhealth podría clasificar una
145 cuenta como presunta asistencia de caridad y reducir la cantidad hasta un
146 100%. Si Mercyhealth determina que se aplica uno o más de los siguientes
147 criterios, no se solicitará otra prueba de ingresos:

148

- 149 i. El paciente es actualmente elegible para Medicaid para otras fechas de
150 servicio o servicios considerados no cubiertos por Medicaid; o,
- 151 ii. Estar sin vivienda;
- 152 iii. Fallecido sin bienes;
- 153 iv. Incapacidad mental sin nadie que actue en nombre del paciente;
- 154 v. Quiebra confirmada;
- 155 vi. El paciente está inscrito o es elegible para un programa de asistencia
156 para personas de bajos ingreso que incluye, entre otros:
 - 157 (i) Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC,
158 por sus siglas en inglés);
 - 159 (ii) Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP,
160 por sus siglas en inglés);
 - 161 (iii) Programa de Desayuno y Almuerzo Gratuito de Illinois;
 - 162 (iv) Asistencia Médica Comunitaria;
 - 163 (v) Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por
164 sus siglas en inglés);
 - 165 (vi) La vivienda para personas de bajos ingresos/subvencionada;
 - 166 (vii) Recepción de ayuda subvencionada para servicios médicos.

167

168 B. **Asistencia de caridad tradicional**– Para los pacientes que reúnan los criterios
169 mencionados abajo y presenten una solicitud completa, la responsabilidad del

- 170 paciente es reducida cuando exceda los \$300.00. Todas las fuentes de pago de
171 terceros deben ser agotadas.
- 172 • Para pacientes que han calificado y tienen un ingreso familiar bruto igual o
173 menos del 200% del nivel de pobreza federal, la responsabilidad del paciente
174 será reducida un 100%.
 - 175 • Para los pacientes que han calificado y tienen un ingreso familiar bruto que
176 va del 201% al 300% del nivel de pobreza federal, la responsabilidad del
177 paciente será determinada en una escala de tarifas variable. La escala está
178 disponible en la Información Complementaria para Asistencia Financiera en
179 nuestro sitio web www.mercyhealthsystem.org o disponible sin costo como
180 está establecido en la Sección VII.
 - 181 • Se requerirá un nuevo proceso de solicitud completo para otros servicios no
182 incluidos en la notificación de aprobación original. La asistencia de caridad
183 tradicional no es considerada como un plan de seguro.

184
185 **C. Ley de Descuento Para Pacientes de Hospital sin Seguro Médico de Illinois**
186 **(HUPDA, por sus siglas en inglés)** - Los pacientes sin seguro y que reciben
187 atención médica en Illinois podrían calificar para descuentos escalonados para
188 tarifas médicas según las siguientes pautas:

- 189 i. El paciente debe ser residente de Illinois; y,
- 190 ii. El paciente no debe tener otra forma de seguro médico a terceros; y,
- 191 iii. El paciente tiene un ingreso familiar del 600% o menos del nivel de
192 pobreza federal o del 300% o menos para Mercyhealth Harvard Hospital.
193
194
195
196

197 Este descuento se aplica solo a los servicios “medicamente necesarios”, que se definen de
198 manera diferente para HUPDA que los otros programas descritos en esta política. Según
199 la ley de Illinois, “medicamente necesario” en relación con HUPDA significa cualquier
200 servicio hospitalario para pacientes hospitalizados o ambulatorios, incluidos productos
201 farmacéuticos o suministros proporcionados por un hospital a un paciente, cubiertos por
202 Medicare para beneficiarios con la misma presentación clínica que el paciente elegible
203 para asistencia financiera. Un servicio “medicamente necesario” no incluye ninguno de
204 los siguientes: (1) servicios no médicos como servicios sociales y vocacionales; o (2)
205 cirugía cosmética electiva, pero no cirugía plástica diseñada para corregir la
206 desfiguración causada por una lesión, enfermedad, defecto o deformidad congénita.
207

208 Los pacientes sin Seguro que califiquen y tengan un ingreso familiar igual o menor al
209 200% de las pautas federales de pobreza recibirán un descuento del 100% en cualquier
210 factura por servicios medicamento necesarios que excedan los \$150 en cualquier
211 admisión hospitalaria o encuentro ambulatorio. El descuento del 100% se aplica a los
212 ingresos del hogar familiar iguales o menores al 125% de la pauta federal de pobreza
213 del Mercy Harvard Hospital.

214 Para todos los demás pacientes sin seguro que califiquen para HUPDA, los cargos por
215 servicios médicamente necesarios que excedan los \$ 150 en cualquier ingreso

216 hospitalario o encuentro ambulatorio estarán sujetos a un “descuento para personas sin
217 seguro”. El descuento para personas sin seguro se calculará utilizando la siguiente
218 fórmula: $[1 - (1.35 \times \text{relación entre el costo del hospital y los cargos})] \times \text{cargos}$.

219

220 Durante un período de 12 meses, los hospitales no pueden cobrar más del 20% del
221 ingreso bruto familiar de un paciente elegible para HUPDA. Un paciente sin seguro
222 puede solicitar un descuento dentro de los 90 días posteriores a la fecha de alta.

223

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

231

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

233

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

239

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

243

244 Con este método Mercyhealth usa información basada a los reclamos enviados al
245 programa de Medicare tarifa por servicio y a todas las aseguradoras comerciales
246 privadas para atención médica de emergencia y cuidado médicamente necesario del
247 último año para determinar el porcentaje de cargos brutos que es típicamente permitido
248 por estas aseguradoras. Mercyhealth usa la información por un periodo de 12 meses,
249 comenzando el 1ro de abril hasta el 31 de marzo y ajustará el porcentaje anual de la
250 cantidad generalmente cobrada, entrando en vigencia el 1ro de julio. La cantidad
251 generalmente cobrada actual por cada hospital está incluida en la Información
252 Complementaria para Asistencia Financiera en nuestra página web
253 www.mercyhealthsystem.org o disponible sin cargo alguno como es mencionado en la
254 Sección VII.

255

256 Cualquier descuento es aplicado al saldo responsabilidad del paciente para atención
257 médica de emergencia o cuidado médicamente necesario. Un descuento solo puede ser
258 usado para cubrir deducibles, coseguros y copagos por servicios que excedan los
259 \$300.00 si es permitido por la ley y los contratos de reembolso del hospital.

260

261

262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305

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.

Hay varias formas de obtener copias gratuitas de la Política de Asistencia Financiera de Mercyhealth, una Solicitud de Asistencia Financiera, la Política de Facturación y Cobros, el Resumen en Lenguaje Sencillo y Traducciones en Español:

- Solicite a través de MyChart: <https://mercyhealthsystem.org/mychart-login/>
- Visite nuestro sitio web en: <https://mercyhealthsystem.org/financial-policies/>
- Comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente:
MercyCare Building
580 N. Washington Street
Janesville, WI 53547
(608) 741-7630 or (866) 269-7115
De lunes a viernes, 8am to 4:30pm
Correo electrónico: custserv@mhemail.org

- Recoja una copia impresa en los siguientes lugares:

Javon Bea Hospital – Riverside
Javon Bea Hospital – Rockton
Mercyhealth Hospital and Medical Center - Harvard
Mercyhealth Hospital and Trauma Center – Janesville
Mercyhealth Hospital and Medical Center – Walworth

Las copias impresas de la solicitud están disponibles de forma gratuita a pedido en los Departamentos de Emergencia y las áreas de admisiones en los siguientes hospitales: Javon Bea Hospital - Riverside, Javon Bea Hospital - Rockton, Mercyhealth Hospital and Medical Center - Harvard, Mercyhealth Hospital and Trauma Center – Janesville y Mercyhealth Hospital and Medical Center - Walworth.

306 **Las solicitudes completas deben ser regresadas o enviadas por correo a la misma**
307 **dirección.**
308 Esta política y sus documentos adicionales (ej., solicitud de asistencia financiera) estarán
309 disponibles en los sitios web mencionados abajo en un formato que pueda ser fácilmente
310 descargado, visto, e impreso. El sitio web podría también incluir un resumen de la
311 política en un lenguaje sencillo. Copias impresas de esta política, solicitud, información
312 complementaria, el resumen de esta política en un lenguaje sencillo estarán disponibles
313 bajo petición, sin costo, en las sucursales del hospital y por correo. Letreros detallando la
314 disponibilidad de la asistencia financiera serán colocados de forma visible y el contenido
315 con respecto a la asistencia financiera estará disponible en los sitios web mencionados
316 arriba.
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330