



NOMBRE DE LA POLÍTICA: Política de ayuda económica

NÚMERO DE POLÍTICA: ADM 1507

CREACIÓN: 04/2009

ÚLTIMA REVISIÓN: 06/2012, 05/2013, 11/2013, 06/2016, 11/2018, 03/2021, 12/2021, 7/2024

FECHA DE LA PRÓXIMA REVISIÓN: 7/2027

RESPONSABILIDAD SOBRE LA POLÍTICA:

Director

En coordinación con:

CORRECCIONES:

La organización se reserva el derecho de repasar, modificar, revisar o alterar unilateralmente los términos y condiciones de la política según las limitaciones de las leyes, con o sin un aviso razonable.

La política la revisó y aprobó:

Thomas Pater

Thomas M. Pater

Director financiero

Título

Fecha: 02/15/2022

Jim Prister

James Prister

Presidente. Director ejecutivo

Título

Fecha: 02/15/2022

Tad Gómez

Tad A. Gomez

Presidente. Junta Directiva

Título

Fecha: 02/16/2022

I. PROPÓSITO:

El propósito de esta política es dar ayuda benéfica y descuentos a pacientes sin seguro como parte de la misión de RML Specialty Hospital (RML) para atender a la comunidad y cumplir las leyes estatales y federales que rigen la ayuda económica que dan los hospitales 501(c)(3). Esta política describe la elegibilidad, la responsabilidad del hospital y del paciente, el proceso de aprobación, la determinación de descuentos y la comunicación. Esta política se aplica al centro RML Hinsdale y al centro RML Chicago.

II. DEFINICIONES

- A. **Ayuda económica** significa un descuento que se le da a un paciente según los términos y condiciones que RML ofrece a los pacientes calificados (elegibles) o según lo exija la ley.
- B. **Relación entre costos y cargos** significa la relación de los costos de un hospital con los cargos tomada del reporte de costos de Medicare presentado más recientemente. (CMS 2552-96, Hoja de trabajo C, Parte I).
- C. **Ingresos familiares** significa la suma de los ingresos anuales de una familia y los beneficios de dinero en efectivo de todas las fuentes antes de impuestos, menos cualquier pago por manutención de menores.
- D. **Directrices de ingresos según el nivel federal de pobreza** significa las directrices de pobreza que actualiza periódicamente en el Registro Federal el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) según la autoridad de 42 USC 9902(2).
- E. **Servicios de atención médica** significa cualquier servicio de hospital para pacientes hospitalizados que sea médicamente necesario, incluyendo los productos farmacéuticos o suministros que le da un hospital a un paciente.
- F. **Residente de Illinois** significa una persona que vive en Illinois y que pretende seguir viviendo en Illinois de manera indefinida. La reubicación en Illinois con el único propósito de recibir los beneficios de atención médica no cumple el requisito de residencia según esta política.
- G. **Pareja** significa una persona que estableció una unión civil según la Ley de Illinois de protección de la libertad religiosa y de reconocimiento de uniones civiles (Illinois Religious Freedom Protection and Civil Union Act) [750 ILCS 75] o una ley similar.
- H. **Paciente** significa la persona que recibe servicios del hospital o cualquier persona que sea el garante del pago de los servicios que se reciben del hospital.
- I. **Posible elegibilidad** significa la elegibilidad para recibir ayuda económica del hospital que se determina por medio de una referencia a los criterios que demuestran la necesidad económica del paciente.
- J. **Criterios para la posible elegibilidad** significa las categorías que se identifican como que demuestran la necesidad económica del paciente y que usa el hospital en la implementación de la posible elegibilidad.
- K. **Médicamente necesario** significa cualquier servicio de hospital para pacientes hospitalizados, incluyendo los productos farmacéuticos o suministros que le da un hospital a un paciente, con la misma presentación clínica que el paciente sin seguro.

- L. **Paciente sin seguro** significa un residente de Illinois que es paciente de un hospital y que no está cubierto por una póliza de seguro médico y no es beneficiario según un beneficio médico de un seguro médico privado, u otro programa de cobertura médica, incluyendo planes de seguro médico con deducible alto, compensación de los trabajadores, seguro de responsabilidad por accidentes u otra responsabilidad de terceros.
- M. **Paciente sin seguro significa un residente de Illinois que es paciente de un hospital y está cubierto por una política de seguro médico.**
- N. **Activos elegibles** significa todos los activos de propiedad personal del paciente excluyendo su residencia personal, los activos que se consideren exentos de la sentencia según la Sección 121001 del Código Procesal Civil; o cualquier cantidad que se tenga en un plan de pensión o de jubilación; sin embargo, siempre que las distribuciones y pagos de los planes de pensión o de jubilación se puedan incluir como ingresos.
- O. **Evaluación significa el proceso de participar con un paciente para revisar y evaluar el potencial del paciente para recibir cualquier ayuda económica que ofrezca RML, los programas de seguro médico público u otra atención con descuento que RML conozca, informa al paciente de la evaluación del hospital; documenta en el expediente del paciente las circunstancias de la evaluación; y ayuda con la solicitud de ayuda económica de RML.**
- P. **Los programas de seguro médico público se definen como Medicare, Medicaid, ayuda médica según el Programa para Víctimas de Trata de Personas, Tortura y Otros Delitos Graves que no son Ciudadanos (Non-Citizen Victims of Trafficking, Torture and Other Serious Crimes Program), beneficio médico para adultos inmigrantes, beneficio médico para adultos mayores inmigrantes, todos los niños u otros programas de ayuda médica que ofrece el Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares (Department of Healthcare and Family Services) de Illinois.**

III. RESPONSABILIDADES

Departamentos de Contabilidad y Servicios Financieros para Pacientes (Accounting and Patient Financial Service Departments)

IV. POLÍTICA

Es política de RML Specialty Hospital (RML) dar ayuda económica a los pacientes sin seguro que la necesitan.

V. PROCEDIMIENTO

A. Compromiso para dar atención médica de emergencia 1.

Política de atención médica de emergencia:

- a. RML no tiene un Departamento de Emergencias (Emergency Department) dedicado ni las capacidades especializadas que lo harían apropiado para aceptar transferencias de personas que necesitan un tratamiento de estabilización para una condición médica de emergencia.
- b. RML evalúa las emergencias, da tratamiento inicial y remite o transfiere a una persona a otro centro, cuando es apropiado, de una manera que cumple el estatuto federal de la Ley de tratamiento médico de emergencia y trabajo de parto (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA).
- c. RML no participa en acciones que disuadan a las personas a buscar atención médica de emergencia, como exigiendo que los pacientes paguen antes de recibir el tratamiento inicial por condiciones médicas de emergencia o permitiendo actividades de cobro de deudas que interfieran con que el centro valore y preste el tratamiento inicial sin discriminación.

B. Responsabilidades del hospital y requisitos de cumplimiento

1. Elegibilidad

- a. RML debe dar un descuento en sus cargos a cualquier paciente sin seguro que presente una solicitud para un descuento, tenga ingresos familiares de no más del 600 % de las directrices de ingresos según el nivel federal de pobreza (FPL), sea residente de Illinois y tenga que pagar servicios de atención médica, médicamente necesarios que excedan los \$150 en cualquier ingreso como paciente hospitalizado.

2. Base para calcular las cantidades que se les cobran a los pacientes sin seguro

- a. A ningún paciente que sea elegible para recibir ayuda económica se le cobrará más por atención médicamente necesaria que la cantidad generalmente facturada (AGB) a personas con seguro.
- b. RML usa el método prospectivo de Medicaid para determinar la AGB. Según este método, la AGB se calcula usando el proceso de facturación y codificación que RML usaría si la persona elegible para recibir ayuda económica fuera un beneficiario de Medicaid y establecer la AGB por la atención en la cantidad que RML determine sería la cantidad total que Medicaid permitiría por la atención (incluyendo tanto la cantidad que reembolsaría Medicaid como la cantidad que el beneficiario sería personalmente responsable de pagar en forma de copagos, coseguro y deducibles).

- c. RML no factura ni espera el pago de los cargos brutos/totales de personas que califican para recibir ayuda económica según esta política.
- 3. Ayuda benéfica
 - a. Para los pacientes elegibles con ingresos familiares del 200 % o menos del FPL, RML dará la atención gratuita.
- 4. Descuento de ayuda económica para pacientes sin seguro
 - a. Para los servicios médicos que excedan los \$150 en cualquier ingreso como paciente hospitalizado, la cantidad máxima que RML puede cobrar de un paciente sin seguro que se considera elegible según la política de ayuda económica de RML es lo que sea menor de la AGB o el 135 % del costo del hospital por prestar la atención. Esta cantidad se descuenta además basándose en el FPL de la familia del paciente de la siguiente manera:

Rango de FPL	Descuento adicional
> 200 % y <= 300 %	75 %
> 300 % y <= 400 %	50 %
> 400 % y <= 500 %	25 %
> 500 % y <= 600 %	0 %

- 5. Cantidad máxima que se puede cobrar
 - a. La cantidad máxima que RML puede cobrar en un período de 12 meses por los servicios de atención médica es el 20 % de los ingresos familiares del paciente y está sujeta a la elegibilidad continua del paciente según esta política.
 - b. El paciente sin seguro debe avisar al hospital durante sus ingresos posteriores como paciente hospitalizado que anteriormente tuvo derecho al descuento de personas sin seguro y si sus circunstancias para la elegibilidad según esta política cambiaron.
 - c. Un paciente sin seguro que tiene activos que tienen un valor que excede el 600 % del FPL se excluye de la cantidad máxima que se puede cobrar.
 - d. Activos excluidos:
 - i. Residencia primaria
 - ii. Propiedad personal exenta de la sentencia según la Sección 12-1001 del Código Procesal Civil
 - iii. Activos del plan de pensión o de jubilación (los ingresos, sin embargo, se incluyen para esta política).

C. Responsabilidades del paciente y requisitos de cumplimiento

1. RML puede hacer que la disponibilidad de un descuento y la cantidad máxima que se puede cobrar según esta política dependa de que el paciente sin seguro aplique primero para recibir la cobertura según los programas de seguro médico público como Medicare, Medicaid o cualquier otro programa para el que el paciente sin seguro pueda ser elegible.
2. RML permitirá que un paciente sin seguro envíe una solicitud de descuento en el Período de solicitud (según se describe en la Política de facturaciones y cobros, que generalmente es de 240 días desde la fecha del alta) cuando envía la solicitud de ayuda económica.
 - a. RML exigirá que un paciente sin seguro que solicita un descuento de persona sin seguro dé la documentación de los ingresos familiares. La documentación aceptable incluirá:
 - i. Copia de la declaración de impuestos más reciente
 - ii. Copia de los formularios W-2 y 1099 más recientes
 - iii. Copias de los 2 talonarios de pago más recientes
 - iv. Verificación de ingresos por escrito de un empleador si le pagan con dinero en efectivo
 - b. RML exigirá que el paciente sin seguro certifique la existencia de activos propiedad del paciente y que entregue la documentación del valor de dichos activos. La documentación aceptable podría incluir:
 - i. Declaraciones de instituciones financieras
 - ii. Verificación de valor de otro tercero
 - iii. Si no existe una verificación de un tercero, el paciente tendrá que certificar el valor calculado de los activos
 - c. Los pacientes sin seguro deben verificar la residencia en Illinois. Las formas aceptables incluyen:
 - i. Tarjeta de identificación válida extendida por el estado (permanente o temporal)
 - ii. Factura reciente de servicios residenciales
 - iii. Contrato de arrendamiento
 - iv. Tarjeta de registro del vehículo
 - v. Tarjeta de registro como votante
 - vi. Correo dirigido al paciente sin seguro en una dirección de Illinois de una fuente del gobierno o fiable
 - vii. Declaración por escrito de un familiar del paciente que viva en la misma dirección y presente verificación de su residencia
 - viii. Carta de un albergue para personas sin hogar, casa de transición u otro centro similar
3. Según esta política, la obligación de RML con el paciente sin seguro cesará si ese paciente no cumple o se niega a dar la información o la documentación solicitada o si envía una solicitud para la cobertura según los programas públicos en el plazo de 30 días de la solicitud de RML.

4. El paciente sin seguro debe avisar a RML de los ingresos posteriores como paciente hospitalizado que el paciente recibió para poder determinar la cantidad máxima de 12 meses que se le puede cobrar al paciente.
5. RML pedirá que el paciente certifique que toda la información que se dé en la solicitud sea verdadera. Si RML determina que cualquier parte de la información no es verdadera, el descuento que se le conceda al paciente sin seguro se pierde y el paciente sin seguro es responsable del pago de los cargos en su totalidad.

D. Procedimiento

Una evaluación de control para pacientes sin seguro comenzará, con su consentimiento, tan pronto como sea razonablemente posible para determinar su elegibilidad potencial tanto para programas de seguro médico público como para el descuento para personas sin seguro que ofrece RML, y puede iniciarse de varias maneras:

1. RML le avisa a un paciente sin seguro con un saldo a pagar por cuenta propia dándole un resumen en lenguaje sencillo del FAP en el momento del ingreso e incluyendo una declaración en la factura por cuenta propia indicando que puede ser elegible para recibir ayuda económica, y el paciente le avisa a RML que no puede pagar la factura y pide ayuda.
2. A un paciente sin seguro se le remite a RML, busca la admisión y dice que no puede pagar los gastos médicos asociados con sus servicios médicos actuales y pide ayuda.
3. Un paciente ingresado agota el seguro durante una estancia en el hospital y queda sin seguro por el resto de la estancia como paciente hospitalizado y le avisa a RML que no puede pagar la factura y pide ayuda.
 - a. A todos los pacientes que buscan un descuento para personas sin seguro se les remite al Departamento de Admisiones (Admitting Department).
 - b. Todas las actividades de control, incluyendo las evaluaciones iniciales y toda la ayuda de seguimiento, se debe dar según la Ley de servicios de ayuda con idiomas (Language Assistance Services Act).
 - c. El Departamento de Admisiones se comunicará con el paciente y se hará una evaluación preliminar para la ayuda (por ejemplo, los límites federales de pobreza, los activos disponibles, la situación laboral).
 - d. Se deben cumplir los siguientes criterios para que se haga una revisión para una determinación final de un descuento:
 - i. El paciente debe colaborar y enviar una solicitud para todos los programas de seguro médico público aplicables que puedan estar disponibles para el paciente.
 - ii. El paciente debe completar la solicitud de ayuda benéfica/ descuento para personas sin seguro con todos los documentos que se pidan.

- e. El Departamento de Servicios Financieros para el Paciente (Patient Financial Services Department) determinará si el paciente califica para el seguro médico público o para un descuento para personas sin seguro de RML en el plazo de 10 días de haber recibido una solicitud completa y la documentación de respaldo.
 - i. Si la evaluación indica que el paciente puede ser elegible para un programa de seguro médico público, RML le dará información al paciente sobre cómo solicitar los beneficios, incluyendo remitirlo a navegadores de atención médica que dan ayuda gratuita e imparcial respecto a la elegibilidad y el proceso de inscripción. Estos navegadores pueden incluir centros médicos calificados a nivel federal, agencias locales, estatales o federales; o cualquier otro recurso que Illinois reconozca como designado para ayudar a las personas sin seguro a obtener cobertura médica.
 - ii. Si finalmente el paciente no es elegible para un seguro médico público y el paciente es elegible para un descuento para personas sin seguro de RML:
 - 1 Se debe obtener la aprobación del director o del director de Servicios Financieros para el Paciente y enviársela al vicepresidente de Finanzas y director financiero o al presidente y director ejecutivo para la aprobación final.
 - 2 Si lo aprueban, se preparará una carta y comunicación verbal al paciente avisándole de la aprobación para un descuento, el porcentaje de descuento y el plan de pagos.
- f. Si el paciente rechaza o no responde al proceso de evaluación en el plazo de 30 días de la solicitud, el Departamento de Admisiones deberá documentar en el expediente del paciente la decisión del paciente de rechazar o no responder a la evaluación, confirmando la fecha en la que se hizo la evaluación, el método por medio del que el paciente rechazó o no respondió y la falta de documentación recibida. Sin embargo, la evaluación se puede volver a abrir si el paciente responde después y es en el plazo de 90 días de lo que suceda de último, la fecha del alta, de servicio o de completar la evaluación inicial. Si RML cree que un paciente no respondió debido a las consecuencias relacionadas con inmigración, RML puede remitir al paciente a un recurso gratuito, imparcial como el Programa de Recursos para Familias Inmigrantes (Inmigrant Family Resource Program) para tratar las preocupaciones del paciente relacionadas con inmigración y ayudar a inscribir al paciente en un programa de seguro médico público.
- g. Si un paciente sin seguro pide una evaluación de ayuda económica o RML se entera de información que sugiere que el paciente no tiene la capacidad de pago, RML prestará servicios de evaluación.

E. Comunicación

1. La disponibilidad de la ayuda económica del hospital como la define esta política, se comunicará ampliamente a los pacientes, incluyendo, entre otros:
 - a. Poniendo rótulos en áreas del hospital que se usan habitualmente para el ingreso y el registro de pacientes, avisándoles que pueden ser elegibles para recibir ayuda económica según los términos y condiciones que el hospital ofrece a los pacientes calificados. Los rótulos deben incluir la información de contacto del hospital, incluyendo un sitio web y un teléfono donde el paciente pueda obtener más información sobre la ayuda económica. Los rótulos deben ser en inglés y en cualquier otro idioma que sea el idioma principal de al menos el 5 % de los pacientes que atiende RML anualmente según lo define el año fiscal de RML al 5/31.
 - b. La disponibilidad de ayuda económica se debe mostrar de manera prominente en el sitio web público de RML, incluyendo una descripción del proceso de solicitud de ayuda económica, una copia de la solicitud de ayuda económica, una copia completa de esta política y un resumen en lenguaje simple de esta política.
 - c. A cada paciente se le debe avisar de la disponibilidad de ayuda económica durante el ingreso, ofreciéndole un resumen de esta política en lenguaje sencillo.
 - d. El material por escrito respecto al programa de ayuda económica de RML debe estar disponible en áreas del hospital que se usen habitualmente para el ingreso y el registro de pacientes.
 - e. Las facturas de hospital deben incluir una declaración prominente de que un paciente sin seguro que cumple ciertos requisitos de ingresos puede calificar para un descuento para personas sin seguro, cómo pueden enviar una solicitud para que se les considere según esta política, un teléfono en el hospital donde el paciente puede obtener más información y la dirección del sitio web donde se pueden obtener copias de esta política, el formulario de solicitud y un resumen en lenguaje sencillo.

F. Aplicación de FAP a proveedores que no sean el hospital

1. La concesión de ayuda económica según esta política está limitada a cargos del hospital y los cargos de los proveedores empleados de RML. Se debe publicar una lista de todos los miembros del personal médico de RML que han aceptado y que no han aceptado cumplir esta política en el sitio web de RML en <https://www.rmlspecialtyhospital.org/dischargeplanners/financialinformation/#financial> (vaya al enlace en la parte de abajo de la página) y ofrecérsela a los pacientes al momento del ingreso. Esta lista se debe actualizar al menos cada tres meses.

G. Elegibilidad de la posible ayuda económica

1. A los pacientes se les considera posiblemente elegibles para recibir atención gratuita si el paciente muestra una o más de las siguientes condiciones:
 - a. Es una persona sin hogar
 - b. Falleció sin tener propiedades
 - c. Falta de capacidad mental sin que nadie pueda actuar en nombre del paciente
 - d. Elegibilidad para Medicaid, pero no en la fecha del servicio ni para los servicios no cubiertos
 - e. Inscripción en uno de los siguientes programas de ayuda para personas con ingresos bajos que tengan el criterio de elegibilidad o estén por debajo del 200 % según las directrices de ingresos según el nivel federal de pobreza:
 - i. Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children Nutrition Program, WIC)
 - ii. Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)
 - iii. Programa de Almuerzo y Desayuno Gratuito de Illinois (Illinois Free Lunch and Breakfast Program)
 - iv. Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP)
 - v. Inscripción en un programa organizado en la comunidad que da acceso a atención médica que evalúa y documenta el estatus económico de ingresos bajos limitados como criterio para la membresía
 - vi. Recepción de ayuda por medio de una subvención para servicios médicos
2. En el caso de que un paciente sin seguro no aplique para recibir ayuda económica, no colabore demostrando la falta de capacidad de pago o no se comunique con RML en respuesta a los intentos de cobro, RML puede extender ayuda económica al paciente sin seguro. RML tomará en consideración la información disponible para determinar la posible elegibilidad para recibir ayuda económica, como la solicitud de Medicaid que el paciente completó, si el hospital que remite concedió la ayuda económica al paciente para el episodio de atención relacionado con la hospitalización en RML, si el paciente obtuvo la elegibilidad para Medicaid después de su hospitalización en RML, el uso de agencias externas de informes crediticios, y cualquier otra información disponible que sea relevante para determinar la capacidad del paciente para pagar su hospitalización en RML. RML hará todos los esfuerzos para conceder ayuda económica según la posible elegibilidad solo a los pacientes sin seguro que se considere que no pueden pagar.

3. La posible elegibilidad se aplicará a un paciente sin seguro tan pronto como sea posible después de que el paciente reciba los servicios de hospital y antes de extender cualquier factura por esos servicios.

H. Política de facturaciones y cobros

1. RML tiene una Política de facturaciones y cobros por separado que establece los esfuerzos de cobro que puede seguir para todos los pacientes con obligaciones de pago por cuenta propia relacionadas con los deducibles y copagos de pacientes asegurados, servicios no cubiertos y obligaciones económicas de los pacientes sin seguro. Esta política está disponible comunicándose con el Departamento de Servicios Financieros, llamando al 630-286-4222 o en línea en <https://www.rmlspecialtyhospital.org/dischargeplanners/financialinformation/#financical> (haga clic en Billings and Collections Policy [Política de facturaciones y cobros]).

I. Información de contacto del hospital

1. Hinsdale:

Admitting Department 5601
S. County Line Rd.
Hinsdale, IL 60521
Teléfono: 630-286-4516
Fax: 773-826-2851

2. Chicago

Disponible por medio de cita
Admitting Department
3435 West Van Buren Street
Chicago, IL 60624
Teléfono: 630-286-4516
Fax: 773-826-2851

3. Sitio web:

<https://www.rmlspecialtyhospital.org/dischargeplanners/financialinformation/#financical>

VII. ADJUNTOS

[Adjunto A: Solicitud de ayuda económica](#)



Política: Política de ayuda económica
Número de política: ADM 1507

VIII. POLÍTICAS RELACIONADAS

Ninguna **IX. REFERENCIAS**

<https://www.rmlspecialtyhospital.org/discharge-planners/financial-information/#financial>