	Política	
RML SPECIALTY HOSPITAL CHICAGO - HINSDALE	**Título de la política:** Política de Asistencia Financiera	**Número de póliza:** 749
	Fecha de última revisión: 05/08/2026	**Fecha de la próxima reseña:** 05/08/2029

I. PROPÓSITO:

El propósito de esta política es proporcionar atención benéfica y descuentos a pacientes sin seguro como parte de la misión del Hospital Especializado RML (RML) de servir a la comunidad y cumplir con las leyes estatales y federales que regulan la asistencia financiera proporcionada por 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 tanto a las instalaciones de RML Hinsdale como a las de RML Chicago.

II. DEFINICIONES

A. **Asistencia financiera** significa un descuento otorgado a un paciente bajo los términos y condiciones que RML ofrece a los pacientes cualificados (elegibles) o según lo requiera la ley.

B. **La relación coste-cargo** significa la proporción entre los costes de un hospital y sus cargos extraídos de su informe de costes de Medicare más reciente. (CMS 2552-96, Hoja de Trabajo C, Parte I).

C. **La renta familiar** significa la suma de los ingresos anuales y beneficios en efectivo de una familia de todas las fuentes antes de impuestos, menos los pagos realizados por manutención infantil.

D. **Directrices federales de ingresos de pobreza** se refieren a las directrices de pobreza actualizadas periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. bajo la autoridad de 42 USC 9902(2).

E. **Servicios sanitarios** se refieren a cualquier servicio hospitalario hospitalario de internamiento médicamente necesario, incluidos los productos farmacéuticos o suministros proporcionados por un hospital a un paciente.

F. **Residente de Illinois** significa una persona que vive en Illinois y que tiene la intención de permanecer viviendo en Illinois indefinidamente. La reubicación a

Illinois con el único propósito de recibir beneficios sanitarios no cumple con el requisito de residencia de esta política.

G. **Socio** significa una persona que ha establecido una unión civil conforme a la Ley de Protección de la Libertad Religiosa y Unión Civil de Illinois [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 recibidos del hospital.

I. **Elegibilidad presuntiva** significa la elegibilidad para la asistencia financiera hospitalaria determinada en referencia a criterios que demuestren necesidad económica por parte del paciente.

J. **Criterios de Elegibilidad** Presuntiva significa las categorías identificadas como demuestra necesidad económica por parte de un paciente utilizadas por el hospital en la implementación de la elegibilidad presuntiva.

K. **Médicamente necesario** significa cualquier servicio hospitalario de hospitalización, incluidos medicamentos o suministros proporcionados por 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 no está cubierto por una póliza de seguro de salud ni es beneficiario de un seguro de salud público o privado, beneficio de salud u otro programa de cobertura sanitaria, incluyendo planes de seguro de salud con alta franquicia, compensación laboral, seguro de responsabilidad civil por accidentes u otra responsabilidad de terceros.

M. **Paciente asegurado** significa un residente de Illinois que es paciente de un hospital y está cubierto por una póliza de seguro de salud.

N. **Bienes elegibles** significa todos los bienes personales propiedad de los pacientes, excluyendo la residencia personal, los bienes considerados exentos

de sentencia según la Sección 121001 del Código de Procedimiento Civil; o cualquier cantidad retenida en un plan de pensiones o de jubilación, siempre que, sin embargo, las distribuciones y pagos de planes de pensiones o jubilación puedan incluirse como ingresos.

O. **El cribado** significa el proceso de interactuar con un paciente para revisar y evaluar su potencial para recibir cualquier ayuda financiera ofrecida por RML, programas de seguro público de salud u otra atención con descuento conocida por RML, informar al paciente de la evaluación del hospital; documentar en el expediente del paciente las circunstancias del cribado; y ayudar en la solicitud de asistencia financiera RML.

P. **Los Programas de Seguro de Salud Pública** se definen como Medicare, Medicaid, asistencia médica bajo el Programa para Víctimas No Ciudadanas de Trata, Tortura y Otros Delitos Graves, Beneficios de Salud para Adultos Inmigrantes, Beneficios de Salud para Mayores Inmigrantes, Todos los Niños u otros programas de asistencia médica ofrecidos por el Departamento de Sanidad y Servicios Familiares de Illinois.

III. RESPONSABILIDADES

Departamentos de Contabilidad y Servicios Financieros para Pacientes

IV. POLÍTICA

La política del Hospital Especializado RML (RML) es proporcionar asistencia financiera a pacientes sin seguro que lo necesitan.

V. PROCEDIMIENTO

R. **Compromiso para proporcionar atención médica de** urgencias 1. Política de atención médica de urgencias:

a. RML no dispone de un departamento de urgencias dedicado ni de capacidades especializadas que justifiquen la aceptación de

traslados de personas que necesitan tratamiento estabilizador para una condición médica de emergencia.

b. La RML evalúa emergencias, proporciona el tratamiento inicial y deriva o traslada a una persona a otra instalación, cuando corresponde, de manera que cumpla con la ley federal de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo (EMTALA).
c. RML no realiza acciones que desanimen a las personas a buscar atención médica de emergencia, como exigir que los pacientes paguen antes de recibir el tratamiento inicial por condiciones médicas de emergencia o permitir actividades de cobro de deudas que interfieran con la tasación y la provisión de dicho tratamiento inicial por parte de la instalación.

B. **Responsabilidades hospitalarias y requisitos de cumplimiento**

1. Elegibilidad
    a. RML proporcionará un descuento en sus cargos a cualquier paciente sin seguro que solicite un descuento, tenga ingresos familiares no superiores al 600% de las directrices federales de ingresos del nivel de pobreza (FPL), sea residente de Illinois y incurra en servicios sanitarios médicamente necesarios que superen los 150 $ en cualquier ingreso hospitalario.
2. Base para calcular las cantidades cobradas a pacientes sin seguro
    a. Ningún paciente que sea elegible para asistencia financiera pagará más por la atención médicamente necesaria que la cantidad generalmente facturada (AGB) a las personas con seguro.
    b. RML utiliza el Método Prospectivo de Medicaid para determinar el AGB. Bajo este método, el AGB se calcula utilizando el proceso de facturación y codificación que emplearía RML si la persona elegible para la ayuda financiera fuera beneficiario de Medicaid y estableciendo un AGB para la atención en la cantidad que RML determine que sería el total que Medicaid permitiría para la atención (incluyendo tanto la cantidad que Medicaid reembolsaría como la cantidad que el beneficiario sería personalmente responsable de pagar en forma de copagos, coseguros y franquicias).

c. RML no factura ni espera el pago de cargos brutos/totales a personas que cumplan los requisitos para asistencia financiera bajo esta póliza.

3. Atención benéfica
   a. Para los pacientes elegibles con ingresos familiares del 200% o menos del FPL, el RML proporcionará atención gratuita.
4. Descuento por asistencia financiera para pacientes sin seguro
   a. Para servicios sanitarios que superen los 150 dólares en una sola admisión hospitalaria, la cantidad máxima que RML puede cobrar de un paciente sin seguro considerado elegible bajo la póliza de asistencia financiera de RML es menor de AGB o el 135% del coste hospitalario para prestar atención. Esta cantidad se descuenta además en función de la familia FPL del paciente de la siguiente manera:

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

5. Cantidad máxima de coleccionables
   a. La cantidad máxima que RML puede cobrar en un periodo de 12 meses para servicios sanitarios es el 20% de los ingresos familiares del paciente y está sujeta a la elegibilidad continua del paciente bajo esta política.
   b. El paciente sin seguro deberá informar al hospital en posteriores ingresos hospitalarios que anteriormente tenía derecho al descuento para no asegurados y si sus circunstancias para la elegibilidad bajo esta póliza han cambiado.
   c. Un paciente sin seguro que posee activos con un valor superior a El 600% de la FPL queda excluido del importe máximo coleccionable.
   d. Activos excluidos:
      i. Residencia principal

ii. Los bienes muebles están exentos de sentencia según la Sección 12-1001 del Código de Procedimiento Civil para los activos de planes de pensiones o de jubilación (sin embargo, los ingresos se incluyen para esta póliza).

C. **Responsabilidades del paciente y requisitos de cumplimiento**

1. RML puede condicionar la disponibilidad de un descuento y la cantidad máxima cobrable bajo esta póliza a que el paciente sin seguro solicite primero cobertura bajo programas públicos de seguro de salud como Medicare, Medicaid u otros programas para los que el paciente sin seguro pueda ser elegible.
2. RML permitirá a un paciente sin seguro solicitar un descuento dentro de la Periodo de Solicitud (como se describe en el Prácticas de facturación y cobro de pago directo , generalmente 240 días desde la fecha de baja) cuando presentan la Solicitud de Asistencia Financiera.
    a. La RML requerirá que un paciente sin seguro que solicite un descuento por no asegurado aporte documentación de 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 las dos nóminas más recientes
        iv. Verificación escrita de ingresos por parte del empleador si se paga en efectivo.
    b. La RML requerirá que el paciente sin seguro certifique la existencia de los activos que posee y proporcione documentación del valor de dichos activos. La documentación aceptable podría incluir:
        i. Estados de cuenta de instituciones financieras
        ii. Otra verificación de valor por terceros
        iii. Si no existe verificación de terceros, el paciente deberá certificar el valor estimado del(los) activo(s).
    c. Los pacientes sin seguro deben verificar la residencia en Illinois. Los formularios aceptables incluyen:
        i. Tarjeta de identificación válida emitida por el estado (permanente o temporal)

ii. Factura reciente de servicios públicos residenciales
iii. Contrato de arrendamiento
iv. Tarjeta de matriculación del vehículo
v. Tarjeta de registro de votante
vi. Correo dirigido al paciente sin seguro en una dirección de Illinois desde un gobierno o fuente creíble
vii. Declaración escrita de un familiar del paciente que reside en la misma dirección y que presenta la verificación de residencia
viii. Carta de un refugio para personas sin hogar, casa de transición u otra instalación similar

3. La obligación de RML bajo esta póliza hacia el paciente sin seguro cesará si este paciente no proporciona o se niega a proporcionar la información o documentación solicitada o a solicitar cobertura bajo programas públicos dentro de los 30 días posteriores a la solicitud de RML.
4. El paciente sin seguro deberá notificar a RML sobre las posteriores hospitalizaciones recibidas para determinar la cantidad máxima de 12 meses que se puede cobrar de un paciente.
5. La RML requerirá que el paciente certifique que toda la información proporcionada en la solicitud es verdad. Si se determina por RML que cualquiera de los
   La información es falsa, cualquier descuento concedido al paciente sin seguro se pierde y el paciente sin seguro es responsable de pagar la totalidad de los cargos.

D. **Procedimiento**

La evaluación de cribado para pacientes sin seguro comenzará cuando su consentimiento sea el más pronto posible para la elegibilidad tanto a los programas públicos de seguro de salud como al Descuento para No Asegurados ofrecido por RML, y puede iniciarse de múltiples maneras.

1. RML notifica a un paciente sin seguro con un saldo de pago directo proporcionando un resumen en lenguaje sencillo del FAP al momento de la admisión e incluyendo una declaración en la factura de pago directo que indica que puede ser elegible para asistencia financiera, y el paciente notifica a RML que no puede permitirse pagar la factura y solicita ayuda.

2. Un paciente sin seguro es derivado a RML, solicita ingreso y declara que no puede costear los gastos médicos asociados a sus servicios médicos actuales y solicita asistencia.
3. Un paciente ingresado agota el seguro durante la estancia hospitalaria y notifica a RML que no puede pagar la factura y solicita ayuda.
    a. Cada paciente que solicite un descuento por no asegurado será derivado al Departamento de Admisión.
    b. Todas las actividades de cribado, incluidas las iniciales y toda la asistencia de seguimiento, deben realizarse en cumplimiento con la Ley de Servicios de Asistencia Lingüística.
    c. El Departamento de Admisión se comunicará con el paciente y se realizará una evaluación preliminar para recibir asistencia (es decir, límites federales de pobreza, activos disponibles, situación laboral).
    d. Se deben cumplir los siguientes criterios para que se pueda realizar una revisión y una determinación final de un descuento:
        i. El paciente debe cooperar y solicitar todos los programas de seguro de salud pública aplicables que puedan estar disponibles para él.
        ii. El paciente debe completar la Solicitud de Caridad Descuento por cuidado/no asegurado con todos los documentos solicitados.
    e. El Departamento de Servicios Financieros para Pacientes determinará si el paciente cumple los requisitos para un seguro de salud pública o para un descuento RML por no asegurados dentro de los 10 días siguientes a la recepción de la solicitud completada y la documentación de respaldo.
        i. Si el cribado indica que el paciente puede ser elegible para un programa público de seguro de salud, RML proporcionará información sobre cómo solicitar beneficios, incluyendo derivaciones a navegantes sanitarios que ofrecen elegibilidad gratuita e imparcial y asistencia para la inscripción. Estos navegadores pueden incluir centros de salud cualificados a nivel federal, agencias gubernamentales locales, estatales o federales; o cualquier otro recurso que

Illinois reconozca como designado para ayudar a personas sin seguro a obtener cobertura médica.

ii. Si el paciente finalmente no es elegible para el seguro de salud pública y el paciente es elegible para un descuento RML por no asegurado:
    1 La aprobación debe ser obtenida por el Controller o el Manager of Patient Financial Services y remitida al Vicepresidente de Finanzas & CFO o al Presidente & CEO para su aprobación final.
    2 Si se aprueba, se enviará una carta y una comunicación verbal al paciente informándole de la aprobación para un descuento, el porcentaje de descuento y el plan de pagos.

f. Si un paciente rechaza o no responde al proceso de selección dentro de los 30 días posteriores a la solicitud, el departamento de admisión deberá documentar en el expediente del paciente la decisión del paciente de rechazar o no responder al cribado, confirmando la fecha en que se realizó el cribado, el método por el cual el paciente declinó o no respondió y la falta de documentación recibida. Sin embargo, el cribado podría reabrirse si el paciente responde posteriormente y se realiza dentro de los 90 días posteriores a la fecha posterior del alta, el servicio o la finalización del cribado inicial. Si la RML considera que un paciente se negó a responder debido a consecuencias relacionadas con la inmigración, puede derivar al paciente a un recurso gratuito e imparcial, como el Programa de Recursos para Familias Inmigrantes, para abordar las preocupaciones relacionadas con la inmigración y ayudar a inscribirlo en un programa público de seguro de salud.

g. Si un paciente asegurado solicita ayuda financiera para el cribado o RML obtiene información que sugiera su incapacidad para pagar, RML proporcionará servicios de cribado

E. **Comunicación**

1. La disponibilidad de asistencia financiera hospitalaria según la definición de esta política deberá comunicarse ampliamente a los pacientes, incluyendo, pero no limitado a:

a. Colocar señalización en las zonas del hospital comúnmente utilizadas para la admisión y registro de pacientes, notificándoles que pueden ser elegibles para asistencia financiera bajo los términos y condiciones que el hospital ofrece a los pacientes cualificados. La señalización deberá contener información de contacto del hospital, incluyendo una página web y un número de teléfono donde el paciente pueda obtener más información sobre la ayuda financiera. La señalización deberá estar en inglés y en cualquier otro idioma que sea el idioma principal de al menos el 5% de los pacientes atendidos por RML anualmente, según lo definido por el año fiscal 31/5 de RML.
b. La disponibilidad de la ayuda financiera debe mostrarse de forma destacada en la página web pública de RML, incluyendo una descripción del proceso de solicitud de ayuda, una copia de la solicitud, una copia completa de esta póliza y un resumen en lenguaje sencillo de dicha política.
c. Cada paciente será notificado de la disponibilidad de ayuda financiera al ingresar, ofreciéndole un resumen en lenguaje claro de esta política.
d. Habrá material escrito disponible sobre el programa de asistencia financiera de RML en puntos clave de acceso, incluyendo áreas del hospital comúnmente utilizadas para admisión y recepción. Los documentos también estarán accesibles a través de la página web de RML.
e. Las facturas hospitalarias incluirán una declaración destacada de que un paciente sin seguro que cumpla ciertos requisitos de ingresos puede optar a un descuento por no asegurado, cómo puede solicitar la contraprestación bajo esta póliza, un número de teléfono en el hospital donde el paciente pueda obtener más información y la dirección web donde se pueden obtener copias de esta póliza, el formulario de solicitud y el resumen en lenguaje sencillo.

F. **Aplicación de la FAP a proveedores distintos al hospital**

1. Todos los proveedores que prestan atención de emergencia u otros cuidados médicos necesarios en las instalaciones hospitalarias están cubiertos por el

FAP de RML. Puedes consultar una lista de proveedores en https://www.rmlspecialtyhospital.org/clinical-leadership-and-medical-staff/

G. **Elegibilidad para la Asistencia Financiera Presunta**

1. Se considera que los pacientes son presumiblemente elegibles para atención gratuita si demuestran uno o más de los siguientes aspectos:
    a. Personas sin hogar
    b. Fallecido sin herencia
    c. Incapacidad mental sin nadie que actúe en nombre del paciente
    d. Elegibilidad para Medicaid, pero no en la fecha de servicio ni para servicios no cubiertos
    e. Inscripción en uno de los siguientes programas de asistencia para personas de bajos ingresos que tengan criterios de elegibilidad iguales o inferiores al 200% de las directrices federales de ingresos por pobreza:
        i Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
        ii Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
        iii Programa de Almuerzos y Desayunos Gratuitos de Illinois
        iv Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)
        v Inscripción en un programa comunitario organizado que proporcione acceso a atención médica que evalúe y documente la situación financiera limitada de los trabajadores con bajos ingresos como criterio para la membresía.
        vi Recibir ayuda para subvenciones para servicios médicos.
2. En caso de que el paciente sin seguro no solicite asistencia financiera, coopere demostrando que no puede pagar o no contacte con RML en respuesta a los esfuerzos de cobro, RML puede ofrecer asistencia financiera al paciente sin seguro. El RML tendría en cuenta la información disponible para determinar la elegibilidad presunta para la ayuda financiera, como la solicitud de Medicaid completada por el paciente, si el hospital que remite concedió ayuda financiera para el paciente durante el episodio de atención relacionado con la hospitalización RML del paciente, si el paciente fue elegible para Medicaid tras su hospitalización RML, el

uso de agencias externas de informes de crédito y cualquier otra información disponible que sea relevante para determinar la capacidad del paciente para pagar su hospitalización RML. RML hará todo lo posible por conceder ayuda financiera bajo una base de elegibilidad presunta únicamente a pacientes sin seguro que se consideren incapaces de pagar.

3. La elegibilidad presuntiva se aplicará a un paciente sin seguro tan pronto como sea posible tras recibir los servicios hospitalarios por parte del paciente y antes de emitir cualquier factura por dichos servicios.

H. **Política de facturación y cobros**

1. RML tiene una Política de Facturación y Cobros separada, que establece los esfuerzos de cobro que puede llevar a cabo para todos los pacientes con obligaciones de pago directo relacionadas con deducibles y copagos asegurados, servicios no cubiertos y obligaciones financieras de pacientes no asegurados. Esta política está disponible contactando con el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes en el 630-286-4222, o en línea en https://www.rmlspecialtyhospital.org/dischargeplanners/financialinformation/#financial (haz clic en Prácticas de facturación y cobro de pago directo).

I. **Información de contacto del hospital**

1. Hinsdale:

   Departamento de Admisión:
   5601 S. County Line Rd.
   Hinsdale, IL 60521
   Teléfono #: 630-286-4516
   Fax #: 773-826-2851

2. Chicago

   Disponible con cita previa
   Departamento de Admisión
   3435 West Van Buren Street
   Chicago, IL 60624
   Teléfono #: 630-286-4516
   Fax #: 773-826-2851

3. Página web: https://www.rmlspecialtyhospital.org/dischargeplanners/financialinformation/#financial

VII. ANEXOS

Anexo Una póliza de asistencia financiera, solicitud

Procedimiento de señalización de la política de asistencia financiera del anexo B

Procedimiento de acceso a documentos de la Política de Asistencia Financiera del Anexo C

VIII. POLÍTICAS RELACIONADAS

Ninguna

IX. REFERENCIAS

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

ANEXO B

Procedimiento de señalización de la Política de Asistencia Financiera (FAP)

(IRC §501(r)(4) Cumplimiento – Requisitos de señalización y aviso público)

Propósito

El propósito de este procedimiento es garantizar que la señalización de la Política de Asistencia Financiera (FAP) sea claramente visible, accesible y se mantenga de manera razonablemente calculada para informar a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera, de acuerdo con los requisitos regulatorios aplicables.

Enfoque

El Hospital de Especialidades RML mantendrá señalización notificando a los pacientes de la disponibilidad de ayuda financiera en ubicaciones y formatos que sean visibles, claramente visibles y razonablemente calculados para atraer la atención. La señalización proporcionará una orientación clara sobre cómo los pacientes pueden obtener información adicional y solicitar ayuda financiera.

Requisitos de señalización

La señalización del FAP será diseñada y mantenida para garantizar que sea claramente visible, fácilmente comprensible y razonablemente calculada para atraer la atención. La señalización informará a los pacientes sobre la disponibilidad de ayuda financiera y proporcionará orientación sobre cómo obtener información adicional o solicitar.

Procedimientos

RML implementará y mantendrá la señalización FAP mediante los siguientes pasos:

Inventario y evaluaciónSe identificarán y evaluarán las ubicaciones existentes de señalización para su visibilidad, ubicación, legibilidad y protagonismo respecto a los materiales circundantes.

Diseño y actualización de la señalización Se actualizará según sea necesario para garantizar claridad, legibilidad y protagonismo, incluyendo el formato, tamaño de fuente y diseño adecuados.

Ubicación e implementaciónSe instalará señalización actualizada en los lugares adecuados para garantizar la visibilidad a pacientes y visitantes en todas las instalaciones.

La documentación de ImplementationRML documentará las actualizaciones de la señalización manteniendo:

- Fotografías de la señalización en cada ubicación
- Lista de ubicaciones de señalización
- Fechas de instalación o actualización

Monitorización

RML realizará revisiones periódicas de la señalización del FAP para garantizar el cumplimiento continuo. Como mínimo, la señalización se revisará anualmente o como parte de las evaluaciones de cumplimiento. Cualquier deficiencia identificada será atendida con prontitud.

Responsabilidades

El personal designado (por ejemplo, Servicios Financieros para Pacientes) es responsable de mantener la señalización, realizar revisiones periódicas y asegurar que se conserve la documentación.

Retención de récords

La documentación relacionada con la señalización, incluyendo fotografías, listas de ubicaciones y registros de revisión, se conservará conforme a las prácticas de conservación de registros de RML y estará disponible para demostrar el cumplimiento.

Fecha de vigencia

Este procedimiento es efectivo a partir del 01/05/2026 y se aplica a toda la señalización FAP mantenida por el Hospital Especializado RML.

ANEXO C

Procedimiento de acceso a documentos de la Política de Asistencia Financiera (FAP)

(IRC §501(r)(4) Cumplimiento – Disponibilidad y Concienciación del Personal)

Propósito

El propósito de este procedimiento es garantizar que los documentos de la Política de Asistencia Financiera (FAP) estén fácilmente disponibles para los pacientes y puedan ser proporcionados rápidamente a petición, de acuerdo con los requisitos normativos aplicables.

Enfoque

El Hospital Especializado RML mantendrá los procesos para garantizar que los documentos FAP estén disponibles en todo momento y que el personal esté capacitado y pueda proporcionar dichos documentos cuando se solicite. Estos procesos están diseñados para garantizar que los pacientes puedan obtener fácilmente información sobre la ayuda financiera.

Alcance de los documentos

Los siguientes documentos deben estar fácilmente disponibles:

- Política de Asistencia Financiera (FAP)
- Resumen en lenguaje sencillo del FAP
- Solicitud de Ayuda Financiera

Procedimientos

La disponibilidad de documentosFAP estará disponible en puntos clave de acceso, incluyendo el Departamento de Admisiones y la recepción. Los documentos también estarán accesibles a través de la página web de RML.

Responsabilidades del personalEl personal designado, incluyendo admisiones, admisión y recepción, será responsable de proporcionar documentos FAP a los pacientes cuando se solicite. El personal debe saber cómo recuperar los documentos y cómo entregarlos puntualmente.

Entrega de documentos a peticiónCuando un paciente o representante solicita información sobre asistencia financiera, el personal deberá:

- Proporciona el/los documento(s) solicitado(s) sin demora
- Dirija al paciente a recursos adicionales, incluyendo el Departamento de Admisión o la página web, según corresponda

AccesibilidadFAP debe estar disponible durante todas las horas en que los pacientes puedan solicitarlos razonablemente, incluyendo los momentos en que el Departamento de Admisión no tenga personal. Se mantendrán puntos de acceso alternativos (por ejemplo, recepción o ubicación centralizada) para garantizar la disponibilidad continua.

Formación

RML proporcionará formación al personal relevante para garantizar la concienciación sobre:

- La disponibilidad de ayuda financiera
- La ubicación de los documentos FAP
- Cómo responder a las consultas de los pacientes

Se documentarán los materiales de formación y la asistencia.

Monitorización

RML evaluará periódicamente la conciencia del personal y la disponibilidad de documentos mediante comprobaciones puntuales u otros procesos de revisión para garantizar que los documentos FAP sean consistentemente accesibles y se proporcionen según sea necesario.

Responsabilidades

El personal designado (por ejemplo, Servicios Financieros para Pacientes, Departamento de Admisión) es responsable de mantener la disponibilidad de documentos, formar al personal y supervisar el cumplimiento de este procedimiento.

Retención de récords

La documentación relacionada con la formación, los procedimientos y las actividades de seguimiento se conservará conforme a las prácticas de conservación de registros de RML y estará disponible para demostrar el cumplimiento.

Fecha de vigencia

Este procedimiento es efectivo a partir del 01/05/2026 y se aplica a todas las actividades de acceso y distribución de documentos FAP.