

# RML SPECIALTY HOSPITAL

**NOMBRE DE LA POLÍTICA:** Política de Asistencia Económica

**NÚMERO DE LA POLÍTICA:** ADM 1507

**FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:** 04/09

**FECHAS DE REVISIÓN:**

**FECHAS DE MODIFICACIÓN:** 14 de junio de 2012, 28 de mayo de 2013, 21 de noviembre de 2013, 1 de junio de 2016, 26 de noviembre de 2018

**RESPONSABILIDAD:** Auditor Firma: Firmas en el expediente

**APROBACIÓN:** VP de Finanzas/CFO Firma: \_\_\_\_\_

**APROBACIÓN:** Presidente y CEO Firma: \_\_\_\_\_

**APROBACIÓN DEL COMITÉ** Junta directiva de RML Firma: \_\_\_\_\_

## I. PROPÓSITO

El propósito de esta política es proporcionar atención de beneficencia y descuentos a los pacientes sin seguro como parte de la misión de RML Specialty Hospital (RML) de servir a la comunidad y cumplir con las leyes federales y estatales que rigen la asistencia económica brindada por los hospitales sujetos a la sección 501(c)(3). Esta política describe la elegibilidad, la responsabilidad del hospital y de los pacientes, el proceso de aprobación, la determinación de descuentos y la comunicación. Se aplica al centro del RML de Hinsdale y al centro del RML de Chicago.

## II. POLÍTICA

Es política de RML proporcionar asistencia económica a los pacientes necesitados sin seguro.

## III. DEFINICIONES

1. **“Relación costo-cargo”** hace referencia a la relación entre los costos del hospital y sus cargos obtenidos del último informe de costos de Medicare presentado. (Hoja de trabajo C, Parte I).
2. **“Ingresos familiares”** hace referencia a la suma de los beneficios en efectivo y las ganancias anuales de la familia provenientes de todas las fuentes antes de deducir impuestos, menos cualquier pago hecho en concepto de manutención de menores.
3. **“Pautas federales de ingresos de pobreza”** hace referencia a las pautas de pobreza actualizadas regularmente en el Registro Federal por el U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.) conforme a las facultades conferidas por la sección 9902(2) del título 42 del USC (Código de los Estados Unidos).
4. **“Servicios de atención médica”** hace referencia a cualquier servicio hospitalario necesario por razones médicas, incluidos los fármacos o los suministros que el hospital le proporciona a un paciente.
5. **“Residente de Illinois”** hace referencia a una persona que vive en Illinois y que tiene planeado seguir viviendo allí por tiempo indefinido. De conformidad con

esta política, no se considera que una persona cumple con el requisito de residencia si esta se muda a Illinois con el único propósito de recibir beneficios de atención médica.

6. **“Pareja”** hace referencia a una persona que ha establecido una unión civil de acuerdo con la Ley de Protección de la Libertad Religiosa y de la Unión Civil de Illinois (Illinois Religious Freedom Protection and Civil Union Act) (sección 750 del título 75 de los ILCS [Estatutos Compilados de Illinois]) o alguna ley similar.
7. **“Paciente”** hace referencia a la persona que recibe los servicios prestados por el hospital o cualquier persona que sea el garante del pago de los servicios prestados por el hospital.
8. **“Elegibilidad presunta”** hace referencia a la elegibilidad para recibir asistencia económica del hospital determinada mediante la consideración de los criterios que demuestran la necesidad económica del paciente.
9. **“Criterios de elegibilidad presunta”** hace referencia a las categorías que demuestran la necesidad económica de un paciente y que el hospital utiliza en la implementación de la elegibilidad presunta.
10. **“Necesario por razones médicas”** hace referencia a cualquier servicio hospitalario, incluidos los fármacos o los suministros que el hospital le proporciona a un paciente, con la misma presentación clínica que la de un paciente sin seguro.
11. **“Paciente sin seguro”** hace referencia a un residente de Illinois que es paciente de un hospital y no está cubierto por una póliza de seguro médico ni es beneficiario de un beneficio de salud de seguro médico privado o público, u otro programa de cobertura médica, como planes de seguro médico con deducible alto, compensación de los trabajadores, seguro de responsabilidad civil u otro seguro de responsabilidad frente a terceros.
12. **“Activos elegibles”** hace referencia a todos los activos de bienes personales que posee un paciente, sin incluir la residencia personal, los activos considerados exentos de juicio de conformidad con la sección 12-1001 del Código de Procedimiento Civil (Code of Civil Procedure) ni las cantidades incluidas en un plan de jubilación o pensión, a menos que las distribuciones y los pagos de los planes de jubilación o pensión puedan incluirse como ingresos.

## IV. PROCEDIMIENTO

### A. Compromiso de proporcionar atención médica de emergencia

#### **Política de Atención Médica de Emergencia**

RML no cuenta con un departamento de emergencia dedicado ni con capacidades especializadas que podrían hacer que sea apropiado aceptar traslados de personas que necesitan un tratamiento de estabilización para una afección de emergencia. RML evalúa las emergencias, proporciona tratamiento inicial y deriva o traslada a la persona a otro centro, cuando es apropiado, de modo tal que se cumpla con el estatuto federal de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA). RML no lleva a cabo acciones que disuadan a las personas de buscar atención médica de emergencia, como exigirles a los pacientes que paguen antes de recibir el tratamiento inicial para las afecciones de

# RML SPECIALTY HOSPITAL

POLÍTICA: Política de Asistencia Económica

NÚMERO DE LA POLÍTICA: ADM 1507

emergencia o permitir actividades de cobro de deudas que interfirieran en la evaluación y la provisión (sin discriminación) de dicho tratamiento inicial por parte del centro.

## **B. Requisitos de cumplimiento y responsabilidades del hospital**

### **1. Elegibilidad**

RML deberá hacerle un descuento en sus cargos a cualquier paciente sin seguro que solicite un descuento, que tenga ingresos familiares que no superen el 600 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés), que sea residente de Illinois y que reciba servicios de atención médica necesarios por razones médicas, que excedan los \$300 en cualquier ingreso hospitalario.

### **2. Criterios para calcular los montos cobrados a pacientes sin seguro**

A ningún paciente que sea elegible para recibir asistencia económica se le cobrará más, por la atención necesaria por razones médicas, que el monto generalmente facturado (AGB, por sus siglas en inglés) a las personas con seguro. RML utiliza el método prospectivo de Medicaid para determinar el AGB. De conformidad con este método, el AGB se calcula usando el proceso de codificación y facturación que RML utilizaría si la persona elegible para recibir asistencia económica fuera un beneficiario de Medicaid y fijando el AGB por la atención en el monto que RML determine como el monto total que Medicaid asignaría para la atención (incluido el monto que reembolsaría Medicaid y el monto que debería pagar personalmente el beneficiario en forma de copagos, coseguros y deducibles). RML no les cobra los cargos totales/brutos a las personas que, conforme a esta política, califican para recibir asistencia económica ni espera que estas los paguen.

### **3. Atención de beneficencia**

RML les proporcionará atención gratuita a los pacientes elegibles cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores al 200 % del FPL.

### **4. Descuento como parte de la asistencia económica para pacientes sin seguro**

En el caso de los servicios de salud que superen los \$300 en cualquier ingreso hospitalario, el monto máximo que RML puede cobrarle a un paciente sin seguro y elegible conforme a la Política de Asistencia Económica de RML es el AGB o el 135 % del costo del hospital por proporcionar la atención, lo que sea menor. Se puede aplicar un descuento adicional a este monto según el FPL familiar del paciente, como se detalla a continuación:

<u>Rango del FPL</u>	<u>Descuento adicional</u>
>200 % y ≤300 %	75 %
>300 % y ≤400 %	50 %
>400 % y ≤500 %	25 %
>500% y ≤600 %	0 %

### **5. Monto máximo cobrable**

- a. El monto máximo que RML puede cobrar en un período de 12 meses por los servicios de atención médica es el 25 % de los ingresos familiares del

# RML SPECIALTY HOSPITAL

POLÍTICA: Política de Asistencia Económica

NÚMERO DE LA POLÍTICA: ADM 1507

- paciente y está sujeto a la continuidad de la elegibilidad del paciente de conformidad con esta política.
- b. En los ingresos hospitalarios subsiguientes, el paciente sin seguro deberá informarle al hospital si anteriormente tuvo derecho a recibir el descuento para personas sin seguro y si han cambiado sus circunstancias relacionadas con la elegibilidad conforme a esta política.
  - c. Un paciente sin seguro que tenga activos cuyo valor supere el 600 % del FPL queda excluido del monto máximo cobrable.

Activos excluidos:

- 1) Residencia principal
- 2) Bienes personales exentos de juicio de conformidad con la sección 12-1001 del Código de Procedimiento Civil
- 3) Activos de los planes de pensión o jubilación (sin embargo, los ingresos sí son considerados a los fines de esta política)

## **C. Requisitos de cumplimiento y responsabilidades del paciente**

1. RML puede ofrecer un descuento y el beneficio del monto máximo cobrable conforme a esta política dependiendo de cuándo el paciente sin seguro solicitó por primera vez la cobertura de conformidad con los programas públicos, como Medicare, Medicaid o cualquier otro programa para el que el paciente sin seguro sea elegible.
2. RML le permitirá a un paciente sin seguro solicitar un descuento dentro del período de solicitud (según se describe en la Política de Cobro y Facturación, generalmente 240 días después de la fecha del alta) cuando presente la Solicitud de asistencia económica.
  - a. RML le exigirá al paciente que solicita un descuento para personas sin seguro que proporcione documentación de los ingresos familiares. La documentación aceptable deberá incluir lo siguiente:
    - 1) Copia de la última declaración de impuestos
    - 2) Copia de los últimos formularios W-2 y 1099
    - 3) Copias de los últimos dos (2) comprobantes de pago de salario
    - 4) Verificación de ingresos emitida por escrito por el empleador si se pagan en efectivo
  - b. RML le exigirá al paciente sin seguro que declare la existencia de los activos que posea el paciente y que proporcione documentación sobre el valor de dichos activos. Los documentos aceptables podrían ser los siguientes:
    - 1) Estados de cuenta provistos por instituciones financieras
    - 2) Otra verificación del valor realizada por un tercero
    - 3) Declaración del valor estimado de los activos por parte del paciente si no se cuenta con la verificación de un tercero
  - c. Los pacientes sin seguro deben demostrar que residen en Illinois. Los documentos aceptables son los siguientes:
    - 1) Tarjeta de identificación válida emitida por el estado

# RML SPECIALTY HOSPITAL

POLÍTICA: Política de Asistencia Económica

NÚMERO DE LA POLÍTICA: ADM 1507

- 2) La última factura de servicios públicos de la residencia
  - 3) Contrato de arrendamiento
  - 4) Tarjeta del registro del vehículo
  - 5) Tarjeta del registro del votante
  - 6) Correo dirigido al paciente sin seguro a una dirección de Illinois por el gobierno o una fuente confiable
  - 7) Declaración escrita de un miembro de la familia del paciente que viva en la misma dirección y presente una verificación de residencia
  - 8) Carta de un refugio para personas sin hogar, una vivienda transitoria u otro centro similar
3. La obligación de RML conforme a esta política ante el paciente sin seguro cesará si el paciente no proporciona o se niega a proporcionar la información o los documentos solicitados, o si solicita cobertura de programas públicos dentro de los 30 días posteriores a la solicitud de RML.
  4. El paciente sin seguro deberá informar a RML sobre sus ingresos hospitalarios subsiguientes para determinar cuál es el monto máximo de 12 meses que se le puede cobrar al paciente.
  5. RML le exigirá al paciente que declare que toda la información provista en la solicitud es verdadera. Si RML determina que algún dato no es verdadero, se cancelará cualquier descuento otorgado al paciente sin seguro, y dicho paciente será responsable del pago de los cargos en su totalidad.

## **D. Procedimiento**

La evaluación del descuento para personas sin seguro se puede iniciar de dos maneras:

- A. RML le notifica al paciente sin seguro y con un saldo adeudado a su cargo proporcionándole un resumen en lenguaje sencillo de la Política de Asistencia Económica (FAP, por sus siglas en inglés) en el momento del ingreso e incluyendo, en la factura a cargo del paciente, un comunicado que indique que posiblemente este reúna los requisitos para recibir asistencia económica, y el paciente le informa a RML que no puede pagar la factura y solicita asistencia.
- B. Un paciente sin seguro es derivado a RML, solicita el ingreso e indica que no puede pagar los gastos médicos relacionados con los servicios médicos actuales.
  1. Cada paciente que solicita un descuento para personas sin seguro será derivado al Departamento de Ingresos (Admitting Department).
  2. El Departamento de Ingresos se comunicará con el paciente, y se llevará a cabo una evaluación preliminar de la asistencia (es decir, límites federales de pobreza, activos disponibles, situación laboral).
  3. Se deben cumplir con los siguientes criterios a fin de que se lleve a cabo una revisión para la determinación final sobre el descuento:
    - a. El paciente debe solicitar los beneficios de los demás programas, como Medicare, Medicaid y cualquier otro programa que esté disponible para el paciente.

- b. El paciente debe completar la Solicitud de atención de beneficencia/de descuento para personas sin seguro con todos los documentos solicitados.
4. El Departamento de Servicios Financieros para Pacientes (Patient Financial Services Department) determinará si un paciente reúne los requisitos para obtener un descuento dentro de los 10 días posteriores a la recepción de la solicitud completada y la documentación de respaldo.
5. La aprobación debe ser otorgada por el auditor o el director de Servicios Financieros para Pacientes y debe ser enviada al vicepresidente de Finanzas y CFO (director financiero) o al presidente y CEO (director general) para la aprobación final.
6. En caso de que se apruebe, se le informará al paciente, de forma verbal y mediante una carta, sobre la aprobación del descuento, el porcentaje de este y el plan de pago.

## **E. Comunicación**

Se deberá informar ampliamente a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia económica del hospital según se define en esta política, lo que puede incluir lo siguiente:

1. Se deben colocar carteles en las áreas del hospital comúnmente utilizadas para el ingreso y el registro de los pacientes, en los que se les informe que podrían ser elegibles para recibir asistencia económica de conformidad con los términos y las condiciones que ofrece el hospital para los pacientes que reúnen los requisitos. El cartel debe contener la información de contacto del hospital, como el número de teléfono y el sitio web a través de los cuales el paciente puede obtener más información sobre la asistencia económica. El cartel debe presentar la información en inglés y en cualquier otro idioma que sea el idioma principal de al menos el 5 % de los pacientes que RML atiende anualmente, según se defina mediante el año fiscal 5/31 de RML.
2. Se debe anunciar de forma muy visible la disponibilidad de asistencia económica en el sitio web público de RML y se debe incluir una descripción del proceso de solicitud de asistencia económica, una copia de dicha solicitud, una copia completa de esta política y un resumen de esta política en lenguaje sencillo.
3. En el momento del ingreso, se debe informar a cada paciente sobre la disponibilidad de asistencia económica mediante el ofrecimiento de un resumen de esta política en lenguaje sencillo.
4. Se deberá ofrecer material escrito sobre el programa de asistencia económica de RML en las áreas del hospital comúnmente utilizadas para el ingreso y el registro de los pacientes.

5. Las facturas del hospital deberán incluir un comunicado muy visible donde se informe que un paciente sin seguro —que reúna ciertos requisitos relacionados con los ingresos— puede calificar para obtener un descuento para personas sin seguro y donde se incluya la manera en la que puede solicitar ser considerado conforme a esta política, el número de teléfono del hospital a través del cual el paciente puede obtener más información y la dirección del sitio web donde se puede acceder a las copias de esta política, al formulario de solicitud y al resumen en lenguaje sencillo.

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

El otorgamiento de asistencia económica conforme a esta política está limitado a los cargos del hospital y a los cargos de los proveedores empleados por RML. La lista de los miembros del personal médico de RML que han acordado o no cumplir con esta política se deberá publicar en el sitio web de RML, <https://www.rmlspecialtyhospital.org/discharge-planners/financial-information/#financial> (desplácese hacia el enlace en la parte inferior de la página), y se les deberá ofrecer dicha lista a los pacientes en el momento del ingreso. Esta lista debe actualizarse como mínimo cada tres meses.

## **G. Elegibilidad para asistencia económica presunta**

1. Se considera que un paciente es presuntamente elegible para recibir atención gratuita si demuestra una o más de las siguientes condiciones:
  - a) Es una persona sin hogar.
  - b) Es una persona fallecida sin bienes.
  - c) Presenta incapacidad mental y no tiene a nadie que pueda actuar en su nombre.
  - d) Reúne los requisitos de elegibilidad de Medicaid, pero no en el momento en que se prestó el servicio ni para los servicios no cubiertos.
  - e) Está inscrito en uno de los siguientes programas de asistencia para personas con bajos ingresos cuyos criterios de elegibilidad son iguales o inferiores al 200 % de las pautas federales de ingresos de pobreza:
    - 1) Women, Infants and Children Nutrition Program (Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños o WIC, por sus siglas en inglés)
    - 2) Supplemental Nutrition Assistance Program (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria o SNAP, por sus siglas en inglés)
    - 3) Illinois Free Lunch and Breakfast Program (Programa de Desayuno y Almuerzo Gratuitos de Illinois)
    - 4) Low Income Home Energy Assistance Program (Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos o LIHEAP, por sus siglas en inglés)

# RML SPECIALTY HOSPITAL

POLÍTICA: Política de Asistencia Económica

NÚMERO DE LA POLÍTICA: ADM 1507

- 5) Está inscrito en un programa comunitario organizado que proporciona acceso a la atención médica y que evalúa y registra la situación económica de las personas con bajos ingresos como un requisito para la afiliación.
  - 6) Recibe subvención para los servicios médicos.
2. En el caso de que un paciente sin seguro no solicite asistencia económica, no coopere para demostrar su incapacidad de pagar ni se comunique con RML para responder a los intentos de cobro, RML puede otorgar asistencia económica al paciente sin seguro. RML tendrá en cuenta la información disponible a fin de tomar una determinación sobre la elegibilidad presunta para recibir asistencia económica, como la solicitud de Medicaid completada por el paciente, si el hospital que deriva otorgó asistencia económica al paciente para la atención relacionada con la hospitalización de este en RML, si se determinó que el paciente reunía los requisitos de Medicaid después de su hospitalización en RML, el uso de agencias de informes de crédito externas y cualquier otra información disponible que sea relevante para determinar la capacidad del paciente de pagar la hospitalización en RML. RML hará todo lo posible para otorgar asistencia económica sobre la base de una elegibilidad presunta solo a los pacientes sin seguro que se consideren incapaces de pagar.
  3. Deberá otorgarse la elegibilidad presunta a un paciente sin seguro tan pronto como sea posible después de que el paciente reciba los servicios del hospital y antes de que se emita cualquier factura por dichos servicios.

## **H. Política de Cobro y Facturación**

RML cuenta con una Política de Cobro y Facturación independiente, que establece los intentos de cobro a los que se puede recurrir para todos los pacientes con obligaciones a su cargo relacionadas con los servicios no cubiertos, copagos y deducibles de pacientes con seguro y las obligaciones económicas de los pacientes sin seguro. Se puede acceder a esta política a través del Departamento de Servicios Financieros para Pacientes llamando al 630-286-4222 o por Internet ingresando en <https://www.rmlspecialtyhospital.org/discharge-planners/financial-information/#financial> (haga clic en "Billings and Collections Policy" [Política de Cobro y Facturación]).



# RML SPECIALTY HOSPITAL

POLÍTICA: Política de Asistencia Económica

NÚMERO DE LA POLÍTICA: ADM 1507

## I. Información de contacto del hospital

### **Hinsdale**

Admitting Department  
5601 S. County Line Rd.  
Hinsdale, IL 60521  
N.º de teléfono: 630-286-4516  
N.º de fax: 773-826-2851

### **Chicago**

Disponible con cita previa  
Admitting Department  
3435 West Van Buren Street  
Chicago, IL 60624  
N.º de teléfono: 630-286-4516  
N.º de fax: 773-826-2851

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