

Asunto: <b>ASISTENCIA FINANCIERA PARA PACIENTES</b>	Página <b>1 de 27</b>	Política # <b>NMHC FIN 03.0012</b>
Título: <b>ASISTENCIA FINANCIERA</b>	Revisión de: <b>02/enero/2016</b>	Versión: <b>2.0</b>
		Fecha de entrada en vigencia: <b>01/septiembre/2016</b>
		Fecha de retiro:

**ALCANCE:** Aplicable a todas las entidades indicadas a continuación, así como a sus subsidiarias y afiliadas.

<input checked="" type="checkbox"/> <b>NM – Northwestern Memorial Hospital</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>NM – Lake Forest Hospital</b>
<input checked="" type="checkbox"/> <b>NM – Northwestern Medical Group</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>NM – Central DuPage Hospital</b>
<input checked="" type="checkbox"/> <b>NM – Regional Medical Group</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>NM – Delnor Hospital</b>
<input checked="" type="checkbox"/> <b>NM – Kishwaukee Hospital</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>NM – Valley West Hospital</b>
<input checked="" type="checkbox"/> <b>NM – Marianjoy Rehabilitation*</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>NM – Home Health &amp; Hospice</b>
<input checked="" type="checkbox"/> <b>NM – Huntley / <input checked="" type="checkbox"/> NM – McHenry / <input checked="" type="checkbox"/> NM – Woodstock Hospitals</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>NM – Funciones del sistema / Empleados de NMHC</b>	
<input type="checkbox"/> <b>NM – Otro (Inserte el nombre) ** Vea “Personas afectadas” en la sección a continuación **</b>	

\*Se aplica a Marianjoy Rehabilitation y Marianjoy Medical Group a partir del 1 de septiembre de 2018.

\*Se aplica a los hospitales NM-Huntley, NM-McHenry y NM-Woodstock a partir del 1 de septiembre de 2020.

**I. PROPÓSITO:**

Definir la política de Northwestern Memorial HealthCare relacionada con la prestación de Asistencia Financiera a personas con recursos financieros insuficientes.

**II. DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA:**

- A. Northwestern Memorial HealthCare y sus Filiales (en lo sucesivo denominadas colectivamente “NMHC”), tienen el compromiso de satisfacer las necesidades de atención médica de los miembros de la comunidad NMHC que no pueden pagar la atención Médica Necesaria en las Filiales de NMHC, incluidas, entre otras, las personas no aseguradas, con seguro limitado, que no califican para un programa gubernamental, o que no pueden pagar. La asignación y la determinación de prioridades de la Asistencia Financiera tomará en consideración las numerosas necesidades de la comunidad, la misión de NMHC como centro médico académico, sus protocolos financieros para la asignación de recursos y la legislación y reglamentos pertinentes. No obstante lo anterior, NMHC prestará, sin discriminación, atención a las personas con Afecciones Médicas de Emergencia, sin importar su elegibilidad para obtener Asistencia Financiera conforme a esta política.
- B. La Asistencia Financiera está disponible a través de múltiples programas (denominados colectivamente “Programa de Asistencia Financiera” o “Programa”), incluidos los siguientes:
1. [Atención gratuita y con descuento para pacientes asegurados.](#) (descrito en el Apéndice B)
  2. [Atención gratuita y con descuento para Pacientes No Asegurados](#) (descrito en el Apéndice C)
  3. [Elegibilidad Presunta](#) (descrito en el Apéndice D)
  4. Programas futuros aprobados por el Vicepresidente del Ciclo de Ingresos, que se incluirán como apéndices.

### **III. PERSONAS AFECTADAS:**

Esta política se aplica a todos los niveles de la gestión de NMHC y del personal de las entidades enumeradas en el *Apéndice A-2* que participan en la asignación y determinación de recursos para satisfacer las necesidades de la comunidad. Esta política no se aplica a médicos que estén en plantilla en una Filial Hospitalaria de NMHC, sino a quienes no estén empleados ni contratados en una Filial Médica de NMHC. Esta política se aplica a cada Filial como entidad independiente y, a menos que se disponga de otro modo, cada Filial cumplirá de manera separada los requisitos de esta política. El Departamento de Asesoría Financiera mantendrá por separado una lista de proveedores de atención médica que prestan Atención de Emergencia u otra Atención Médicamente Necesaria en cada Filial ya sea a que dichos proveedores de atención médica los cubra o no esta política y se incorporará aquí por referencia como *Apéndice G*.

### **IV. RESPONSABILIDADES:**

- A. El Departamento de Asesoría Financiera de NMHC es responsable de ayudar a los Solicitantes de Asistencia Financiera antes o durante el tratamiento.
- B. Las aéreas de NMHC que se encargan de las preguntas sobre facturaciones, servicio al cliente y seguimiento de pagos por cuenta propia ayudarán a los Solicitantes después de que se hayan prestado los servicios.
- C. La División del Ciclo de Ingresos, incluidos el departamento y las áreas indicadas en las Secciones IV.A. y IV.B. antes mencionadas, es responsable de aprobar las Solicitudes de Asistencia Financiera y de obtener toda la documentación de respaldo.
- D. La División del Ciclo de Ingresos es responsable de desarrollar la base para calcular los importes que se cobran a los Pacientes y de explicar esos cálculos a petición.

### **V. DEFINICIONES:**

Los términos en mayúsculas no definidos aquí se definen en el [Apéndice A](#).

### **VI. NOTIFICACIÓN:**

Para informar a los Pacientes, Garantes, sus familias y a la comunidad en general sobre el Programa de Asistencia Financiera de NMHC, las Filiales Hospitalarias de NMHC tomarán medidas para notificar sobre esta política a los visitantes de sus centros y para divulgarla más ampliamente. Las medidas específicas de notificación deberán ser conforme la legislación pertinente y se describirán de manera específica en el [Apéndice E](#).

### **VII. DETERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD:**

- A. Cuándo se determina la elegibilidad: la determinación de la elegibilidad del Solicitante para obtener Asistencia Financiera deberá realizarse lo antes posible. En casos en los que el Paciente busca servicios distintos a los de Servicios de Emergencia, la determinación se hará antes de programar y/o prestar los servicios, siempre que sea posible.
- B. Requisito de la Solicitud: salvo que la elegibilidad se haya determinado previamente o que esta política lo disponga de otra manera, el Paciente o Garante deberán completar una Solicitud de Asistencia Financiera y proporcionar documentación de respaldo, que brinde, conforme a la ley, información sobre la situación financiera (incluida, la información sobre la familia del Solicitante, si procede) del Solicitante y demás información necesaria para realizar una

determinación de la elegibilidad para obtener Asistencia Financiera. Los plazos para enviar una Solicitud y los demás plazos relacionados con la Solicitud serán conforme a la legislación pertinente y se describen en el [Apéndice F](#). La Solicitud estará disponible en un formulario proporcionado por NMHC y será congruente con las disposiciones de la Ley de Descuentos de Hospital de Illinois para Pacientes No Asegurados. Salvo que se disponga de otro modo aquí o en un apéndice, se aceptarán Solicitudes únicamente de personas que hayan tenido anteriormente una relación con NMHC durante los últimos 12 meses o tengan una cita o ingreso próximos. Los pacientes deberán completar una (1) Solicitud que será reconocida por todas las Filiales de NMHC.

C. Duración de la Aprobación:

1. Una vez aprobado, NMHC proporcionará Asistencia Financiera hasta que se puedan obtener fuentes de pago alternativas. Se espera que los Solicitantes colaboren en solicitar y obtener fuentes de pago alternativas cuando sea aplicable. Por consiguiente, las determinaciones de la elegibilidad serán válidas hasta el comienzo del siguiente periodo de inscripción en el cual el Solicitante pueda obtener cobertura de seguro. No obstante lo anterior, se aplican las siguientes restricciones:
  - a. la Asistencia Financiera por Servicios de Emergencia podrá limitarse a los Servicios de Emergencia y a toda atención de estabilización relacionada;
  - b. la Asistencia Financiera para servicios de Filiales Hospitalarias de NMHC podrá aprobarse de manera ocasional y dicha aprobación estará sujeta a requisitos adicionales de programas y a procedimientos de selección descritos en la Sección IX;
  - c. las determinaciones de elegibilidad no podrán prolongarse a más de 12 meses.
2. Los Solicitantes deberán informar sin demora a NMHC sobre los cambios en su situación financiera que puedan afectar su elegibilidad durante un período aprobado previamente. Si el Solicitante no notifica a NMHC en un plazo de 30 días a partir de los cambios en su situación financiera, podría afectar su capacidad para seguir recibiendo Atención Gratuita o con Descuento o calificar para obtener Asistencia Financiera en el futuro.
3. El Comité de Políticas de Asistencia Financiera de NMHC deberá determinar el plazo de validez de la determinación de elegibilidad con base en métodos alternativos de calificación (consulte la Sección VII.D a continuación); siempre que el plazo no exceda los doce (12) meses.
4. Si la elegibilidad del Paciente termina durante el curso de un tratamiento y el proveedor tratante confirma que la atención de transición podría ser perjudicial para el Paciente, el Paciente y/o el proveedor tratante podrán solicitar una excepción que será evaluada por el Comité de Atención Gratuita, que estará sujeta o a la aprobación del Director Médico de NMHC o su delegado y el Vicepresidente del Ciclo de Ingresos, conforme a la Sección XV de esta política.

- D. Métodos Alternativos de Calificación: NMHC (o su agente), a criterio propio, podrá evaluar la elegibilidad del Paciente o Garante para obtener Asistencia Financiera a través de medios distintos a una Solicitud completada. En esos casos, las determinaciones de elegibilidad podrán incluir el uso de información proporcionada por agencias de informes crediticios, registros públicos u otros medios objetivos y razonablemente precisos para determinar la elegibilidad del Paciente o Garante para optar al Programa.

- E. Retención de Información: si en algún momento durante el proceso de revisión se pone de manifiesto que el Solicitante ha retenido deliberadamente información importante, proporcionado información falsa o inexacta, según pruebas obtenidas a través de agencias crediticias u otras fuentes disponibles y el Solicitante no puede resolver las discrepancias a satisfacción de NMHC, el Solicitante podrá ser descalificado para obtener Asistencia Financiera, lo que provocará la reanudación de las gestiones de cobranza hasta que se resuelvan dichas discrepancias. No obstante lo anterior, NMHC no denegará Asistencia Financiera con base en información que considere razonablemente que es poco fiable o incorrecta o con base en información proporcionada por el Solicitante bajo coacción o a través del uso de prácticas coercitivas (entre ellas demorar o denegar atención por Afecciones Médicas de Emergencia hasta que la persona haya entregado la información solicitada).

#### **VIII. SERVICIOS QUE CALIFICAN:**

- A. Las Filiales Hospitalarias de NMHC proporcionarán Asistencia Financiera solo por servicios Médicamente Necesarios por los que el Solicitante cumpla los criterios del programa clínico y que, de otra forma, sea responsable financieramente.
- B. La Asistencia Financiera por trasplantes y los servicios relativos a trasplantes se determinan de acuerdo con un proceso separado y pueden incluirse como apéndice a esta política.
- C. Nada de lo establecido en esta política exige que NMHC preste servicios que no presta habitualmente a los Pacientes.

#### **IX. REQUISITOS ADICIONALES DE PROGRAMAS Y PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN:**

La Asistencia Financiera para determinados procedimientos podrá estar sujeta a requisitos adicionales de programas y/o procedimientos de selección. Los requisitos adicionales de selección se comunicarán a Pacientes y médicos. A manera de ejemplo y sin restricciones, dichos requisitos y procedimientos de selección podrán incluir los siguientes:

- A. Reexaminar la situación financiera actual del Paciente para asegurar la elegibilidad continua para recibir Asistencia Financiera, incluida la disponibilidad de cobertura de seguro;
- B. Realizar gestiones de pago con respecto a importes adeudados por el Paciente o establecer un plan de pagos; o
- C. Evaluar los procedimientos seleccionados para asegurar que se hayan agotado otros métodos de tratamiento o, de haberse intentado anteriormente, la probabilidad de éxito y/o que se dispongan recursos para el cuidado continuo; u
- D. Obtener servicio de un nivel o tipo de proveedor adecuado.

#### **X. AGOTAMIENTO DE FUENTES DE TERCEROS:**

- A. La Asistencia Financiera se aplicará únicamente a saldos por cuenta propia, después de haber agotado razonablemente todos los beneficios/recursos de terceros, incluidos, entre otros, los beneficios de aseguradoras (por ej.: salud, hogar, responsabilidad de automóviles, indemnización por accidentes de trabajo o cuenta de reembolso de salud financiadas por el empleador), programas gubernamentales (por ej.: Medicare, Medicaid u otros programas federales, estatales o locales) o ingresos provenientes de litigios, acuerdos y/o gestiones de

- recaudación de fondos en el sector privado (denominados colectivamente “Fuentes de Recaudación de Fondos de Terceros”). Siempre que sea posible, se evaluará la elegibilidad de los Pacientes que reciben Asistencia Financiera y que requieren atención Médicamente Necesaria (que no sean Servicios de Emergencia) para recibir Medicaid, Intercambio de Seguro Médico u otros programas de pago disponibles y, si califica, el Paciente deberá colaborar plenamente con los requisitos de inscripción antes de que se programe el procedimiento y/o se presten los servicios. Los Pacientes calificados que no se inscriban o se nieguen a inscribirse en Medicaid, un Intercambio de Seguro de Salud u otros programas de pago disponibles pueden no calificar para recibir Asistencia Financiera. Los Pacientes deberán recibir por lo menos una (1) notificación escrita acerca de la necesidad de solicitar
- B. Medicaid, un Intercambio de Seguro Médico u otros programas de pago disponibles y que de no hacerlo podrían poner en peligro el calificar para recibir Asistencia Financiera. Deberán documentarse las gestiones, de haberlas, para ayudar al Solicitante a inscribirse en Medicaid, un Intercambio de Seguro Médico u otros programas de pago disponibles.
  - C. Si el Paciente que busca atención distinta a los Servicios de Emergencia tiene cobertura de una HMO o PPO y NMHC no es un proveedor dentro de la red, deberá indicarse al Paciente que busque atención a través de sus proveedores participantes y no calificará para recibir Asistencia Financiera. La Asistencia Financiera no está disponible para gastos fuera de la red.

#### **XI. LIMITACIÓN EN LOS CARGOS:**

Es posible que los descuentos varíen entre Programas de Asistencia Financiera. El cálculo de los descuentos se describirá en los distintos apéndices de esta política. Sin embargo, en todos los Programas de Asistencia Financiera, los importes cobrados por las Filiales Hospitalarias de NMHC para la atención de Afecciones Médicas de Emergencia u otra atención Médicamente Necesaria proporcionada a personas calificadas para el Programa de Asistencia Financiera con ingresos familiares anuales menores o iguales al 600 % del Nivel Federal de Pobreza no deberán ser mayores a los importes generalmente facturados a personas que tienen seguro que cubran esa atención (“Descuento por Importes Generalmente Facturados”).

#### **XII. ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:**

- A. En congruencia con la política de NMHC sobre el cumplimiento de la [\*Ley de Tratamiento Médico y Emergencia y parto\*](#), las Filiales Hospitalarias de NMHC proporcionarán, sin discriminación, atención por Afecciones Médicas de Emergencia a las personas sin importar si pueden pagar la atención o califican para recibir Asistencia Financiera.
- B. Las Filiales Hospitalarias de NMHC no participarán en acciones que desalienten a las personas a buscar atención por Afecciones Médicas de Emergencia, incluidas, entre otras, las siguientes:
  - 1. Exigir el pago a esos Pacientes del Departamento de Emergencias antes de someterse a un examen médico o tratamiento por Afecciones Médicas de Emergencia; o
  - 2. Permitir actividades de cobro de deudas en el Departamento de Emergencias o en otras áreas de alguna Filial Hospitalaria de NMHC en donde esas actividades puedan interferir con la prestación, sin discriminación, de atención por Afecciones Médicas de Emergencia.

#### **XIII. REEMBOLSOS:**

La Solicitud de Asistencia Financiera se aplicará a todos los saldos pendientes. El Comité de Atención Gratuita de NMHC examinará los reembolsos y los proporcionará según lo exija la ley.

**XIV. COORDINACIÓN DE DETERMINACIÓN DE FILIALES:**

Las Filiales de NMHC deberán coordinar sus esfuerzos en la determinación mutua de elegibilidad.

**XV. EXCEPCIONES Y APELACIONES:**

Los médicos y/o médicos clínicos de NMHC podrán pedir Asistencia Financiera en nombre del Paciente; sin embargo, el Paciente deberá proporcionar la información y documentación necesarias para respaldar la solicitud. Si el médico o el Paciente no está de acuerdo respecto a la elegibilidad o a la determinación del programa o si el médico o el Paciente pide una excepción a esta política, deberá presentarse una apelación o solicitud de excepción ante el Comité de Atención Gratuita para evaluación, sujeta a la aprobación del Vicepresidente del Ciclo de Ingresos. Esta determinación será definitiva y vinculante hasta el momento en el que el Paciente o el médico proporcionen información importante nueva o adicional que demuestre que sí califica para recibir asistencia (por ej.: cambio en los ingresos, pérdida de empleo y otras circunstancias que cambien sustancialmente la revisión anterior).

**XVI. MEDIDAS POR FALTA DE PAGO:**

La [\*Política Crediticia y de Cobro de NMHC\*](#), describe las medidas que podrán tomarse por falta de pago de importes adeudados. El público en general puede obtener una copia gratuita de la Política Crediticia y de Cobro de NMHC comunicándose con el Departamento de Asesoría Financiera.

**XVII. APLICABILIDAD DE PROGRAMAS EXISTENTES:**

La Asistencia Financiera otorgada a pacientes antes de la fecha de entrada en vigencia de esta política no podrá reducirse sino solo a través del período de tiempo indicado en la asignación. Esta política se aplicará al vencer dicha Asistencia Financiera.

**XVIII. CALENDARIO DE ACTUALIZACIÓN DE LA POLÍTICA:**

Esta política se revisará y actualizará por lo menos cada cinco años o según sea necesario.

**XIX. PRESENTACIÓN DE INFORMES:**

NMHC comunicará a los organismos gubernamentales pertinentes toda la información relativa al Programa de Asistencia Financiera.

**XX. MONITOREO Y ACTUALIZACIONES NO SUSTANCIALES:**

- A. El Comité de Políticas de Asistencia Financiera será responsable del monitoreo continuo de esta política. Revisará las prácticas siguientes, incluyendo si:
1. existen controles para evaluar la elegibilidad del Paciente;
  2. se da seguimiento y se conserva la información sobre el estado de los Pacientes que califican y/o reciben Asistencia Financiera;
  3. se comunica a la comunidad y a sus Pacientes la existencia de Asistencia Financiera;
  4. existen disposiciones a fin de no disuadir a los miembros de la comunidad de buscar atención por Afecciones Médicas de Emergencia; y
  5. se toman medidas de cobro apropiadas con los Pacientes que reciben Asistencia Financiera.

- B. El Vicepresidente del Ciclo de Ingresos podrá hacer actualizaciones no sustanciales a esta política (por ej.: para reflejar las Pautas Federales de Pobreza actualizadas, cambios en las direcciones, etc.).

**XXI. REFERENCIAS:**

- A. Ley de Descuentos en Hospitales para Pacientes No Asegurados de Illinois [210 ILCS 89/]
- B. Ley de Facturación Justa a los Pacientes de Illinois [210 ILCS 88/]
- C. Sección 501 (r) del Código de Rentas Internas
- D. Ley del Seguro Social [42 U.S.C. 1395dd]

**XXII. APÉNDICES:**

- A. Definiciones
- B. Atención Gratuita y con Descuento
- C. Descuento para Pacientes No Asegurados
- D. Elegibilidad Presunta
- E. Notificación
- F. Plazos Aplicables
- G. Lista de Proveedores

### **XXIII. APROBACIÓN:**

Parte Responsable: Andrew Scianimanico  
Vice Presidente del Ciclo de Ingresos

Revisores: Miembros del Comité de Finanzas  
Miembros del Comité de Revisión de Reglamentación e Impuestos  
Miembros del Comité de Políticas de Asistencia Financiera  
Vicepresidente de Finanzas  
Vicepresidente Sénior de Administración  
Oficina de Asesoría General  
Cumplimiento e Integridad Empresarial

Partes de la Aprobación: Dean M. Harrison  
Presidente y Director Ejecutivo  
Northwestern Memorial HealthCare  
Aprobación Electrónica: 11/02/2016

John Orsini  
Vicepresidente Sénior y Director General Financiero  
Northwestern Memorial HealthCare  
Aprobación Electrónica: 29/01/2016

### **XXIV. HISTORIAL DE REVISIÓN:**

Escrito: 01/05/2011 – política NMH local retirada

Revisado el 29/12/2014 – Reemplaza al NMHC 03.0012 v1.0 – 1/6/2011 – Atención Gratuita y con Descuento

Revisado el 17/08/2016 – Alcance actualizado para incluir NM-CDH, NM-Delnor, and NM-RMG. No hay otras actualizaciones de contenido.

01/09/2018: Matriz de alcance actualizada: se aplica a Marianjoy Rehabilitation y Marianjoy Medical Group a partir del 01/09/2018.

08/11/2020: El Comité de Revisión de Impuestos y Regulaciones de NMHC aprobó el traslado de los hospitales de la Región NW (Huntley, McHenry y Woodstock) a la política de Asistencia Financiera de NMHC para que entre en vigencia el 1 de septiembre de 2020.



## **APÉNDICE A : DEFINICIONES**

**Filiales:** Entidades controladas por, en control de, o bajo el control común de NMHC. Las Filiales de NMHC a las que se aplica esta política están enumeradas en el [Apéndice A-2](#). Para fines de esta política, el término “Filiales” no incluye las filiales de NMHC que están legalmente o de otro modo restringidas de adoptar esta política.

**Importes Generalmente Facturados/ Descuento por Importes Generalmente Facturados:** El descuento exigido para asegurar que los cargos de la atención de Afecciones Médicas de Emergencia u otra atención Médicamente Necesaria proporcionada por una Filial Hospitalaria de NMHC durante una visita ambulatoria o permanencia en el hospital en personas calificadas para recibir asistencia conforme a esta política no sean superiores a los importes generalmente facturados a personas que tienen Medicare o seguros comerciales que cubran esa atención (“Importes Generalmente Facturados”). El cálculo del Descuento por Importes Generalmente Facturados será de acuerdo con la legislación basada en el método retrospectivo. Cada Filial Hospitalaria de NMHC deberá calcular su propio Descuento por Importes Generalmente Facturados. Se puede obtener una explicación escrita del método usado en cada Filial Hospitalaria de NMHC comunicándose con el Departamento de Asesoría Financiera de NMHC. Las Filiales Médicas aplicarán el Descuento por Importes Generalmente Facturados aplicable a NMH.

**Solicitante:** Un Solicitante es la persona que presenta una Solicitud de Asistencia Financiera, incluidos el Paciente y/o el Garante del Paciente.

**Solicitud:** La Solicitud de Asistencia Financiera.

**Período de Solicitud:** El Período durante el cual una Filial Hospitalaria de NMHC deberá aceptar y procesar una Solicitud enviada por una persona a fin de haber realizado los esfuerzos razonables para determinar si la persona califica para recibir Asistencia Financiera. Con respecto a toda atención proporcionada a una persona por parte de una Filial Hospitalaria de NMHC, el Período de Solicitud comienza en la fecha en que se proporciona la atención a la persona y termina el día 240 después de la fecha en que la Filial Hospitalaria de NMHC proporcione (es decir, envíe electrónicamente o entregue a mano correos) a la persona el primer estado de cuenta de la atención después del alta por concepto de la atención.

**Cargo(s) Facturado(s):** La tarifa por un servicio basado en el programa principal de cargos de Filiales de NMHC vigentes al momento del servicio y que la Filial facture continua y uniformemente a pacientes antes de aplicar bonificaciones, descuentos o deducciones contractuales.

**Descuento por Costo de la Atención:** El descuento equivalente al importe calculado al multiplicar la proporción del costo a cargo total de cada Filial Hospitalaria de NMHC del informe de costo de Medicare por los cargos de las cuentas identificadas como calificadas para recibir Asistencia Financiera. No obstante lo anterior, NMHC podrá, por razones de facilidad administrativa, establecer un único Descuento por Costo de la Atención que sea más ventajoso para el Paciente. El Descuento por Costo de la Atención deberá ser igual o mayor al Descuento por Importes Generalmente Facturados.

**Atención con Descuento:** Atención proporcionada a menos de los Cargos Facturados que no sea Atención Gratuita. Los descuentos incluyen el Descuento por Costo de la Atención y el Descuento por Importes Generalmente Facturados.

**Afección Médica de Emergencia:** La Afección Médica de Emergencia será la definida en la sección 1867 de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. 1395dd).

**Servicios de Emergencia:** Los Servicios de Emergencia incluyen servicios recibidos a través del Departamento de Emergencia por Afecciones Médicas de Emergencia, servicios que son Nunca digas No u otros servicios identificados por el Vicepresidente del Ciclo de Ingresos y descritos en un apéndice de esta política de manera periódica.

**Medida(s) de Cobro Extraordinaria(s) (ECA):** Medidas que puede tomar una Filial Hospitalaria de NMHC contra una persona para obtener el pago de una factura por atención cubierta conforme al Programa de Asistencia Financiera. Esas ECA se definen con más detalle en la *Política de Facturación y Cobros de NMHC* y podrán incluir, a manera de ejemplo, exigir el pago de la atención prestada anteriormente y/o imponer un gravamen sobre bienes propios.

**Tamaño de la Familia:** El número de personas enumeradas en la “Calificación Impositiva” en la declaración de impuestos más reciente del Solicitante. Si no está disponible ninguna declaración de impuestos, el Tamaño de la Familia será el número de personas que residen en el hogar del Solicitante. Si otra persona indica que el Solicitante es miembro dependiente en la declaración de impuestos de la persona, el Tamaño de la Familia podrá incluir a miembros del hogar de la persona que reclama la dependencia.

**Pauta(s) Federal(es) de Pobreza:** Las Pautas Federales de Pobreza actualizadas periódicamente en el Registro Federal por parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos en virtud de 42 USC 9902(2). Las Pautas, adjuntas como *Apéndice A-1*, se ajustarán anualmente en un plazo de treinta (30) días posteriores a la emisión de nuevas las Pautas Federales de Pobreza en el Registro Federal y en el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

**Asistencia Financiera:** Importes atribuidos a la Atención Gratuita o a la Atención con Descuento prestada a los Pacientes que cumplan los criterios de NMHC para recibir Asistencia Financiera bajo varios programas (denominados colectivamente “Programa de Asistencia Financiera” o “Programa”) y no puedan pagar todos o una parte de sus servicios de atención médica. La Asistencia Financiera no incluye deuda incobrable ni cargos incobrables que se hayan registrado como ingresos pero son considerados incobrables por falta de pago del Paciente; la diferencia entre el costo de atención prestado bajo Medicaid u otros programas gubernamentales con disposición de recursos o bajo Medicare y los ingresos derivados de esos programas; o ajustes contractuales con cualquier pagador externo.

**Comité de Atención Gratuita:** Comité encargado de abordar preguntas relativas a la aplicación de esta política a cuestiones específicas de los Pacientes. El Comité de Atención Gratuita revisará las apelaciones y las excepciones hechas a la política.

**Atención Gratuita:** Un descuento de Cargos Facturados equivalente al cien por ciento (100 %).

**Comité de Política de Asistencia Financiera:** Comité conformado por representantes de Filiales de NMHC y NMHC, que hace recomendaciones con respecto a esta política y asegura la alineación operativa entre Filiales al implementar esta política. El Comité de Asistencia Financiera incluirá representantes de operaciones, la Oficina de Asesoría General, el Departamento de Auditoría Interna, la Oficina de Cumplimiento e Integridad Empresarial, y Relaciones Exteriores. El Comité de Asistencia Financiera comunicará sus actividades al Comité de Impuestos y Reglamentación.

**Garante:** La persona financieramente responsable de los servicios prestados al Paciente.

**Ingresos familiares:** Ingresos atribuibles al hogar del Solicitante con base en las definiciones que utiliza la Oficina del Censo de los Estados Unidos. Los Ingresos Familiares incluyen todas las ganancias antes de impuestos, compensación por desempleo, indemnizaciones por accidentes de trabajo, Seguro Social, Ingreso de Seguro Suplementario, pagos de asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios al supérstite, pensión o ingreso de jubilación, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos provenientes de propiedades, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, asistencia de fuera del hogar y otras fuentes varias. Los beneficios no monetarios (tales como SNAP y subsidios de vivienda) no se consideran Ingresos Familiares. Más específicamente, los Ingresos Familiares son equivalentes a los ingresos brutos ajustados indicados en la declaración de impuestos más reciente del Solicitante, ajustados para restar los pagos de manutención infantil y sumar importes de intereses exentos de impuestos; pensión no sujeta a impuestos y pagos de anualidades, distribuciones del IRA y Seguro Social; y otros ingresos no incluidos en

los ingresos brutos ajustados, pero disponibles para el Solicitante. Sin embargo, si el Solicitante indica que los ingresos brutos ajustados enumerados en su declaración de impuestos más reciente no es exacta (por ej.: el Solicitante ya no tiene trabajo o se le paga una cantidad distinta), los Ingresos Familiares se calcularán sobre la base de otra documentación disponible (por ej.: talones de pago, declaraciones de desempleo, etc.), de nuevo ajustados para retirar los pagos de manutención infantil e incluir los intereses exentos de impuestos; pensión no sujeta a impuestos y pagos de anualidades, distribuciones del IRA y Seguro Social; y otros ingresos disponibles para el Solicitante. Los ingresos familiares incluyen los ingresos de todos los miembros del hogar.

**Residente de Illinois:** Residente de Illinois es un Paciente que vive en Illinois y que tiene la intención de seguir viviendo en Illinois indefinidamente. El traslado a Illinois con la única intención de recibir beneficios de atención médica no cumple el requisito de residencia conforme a la Ley de Descuentos en Hospitales de Illinois para Pacientes No Asegurados (“HUPDA”). HUPDA exige que el Paciente No Asegurado sea residente de Illinois, pero *no* exige que el Paciente resida legalmente en los Estados Unidos. Es posible que se exija a los pacientes que proporcionen evidencia de residencia en Illinois de conformidad con lo dispuesto en HUPDA. El traslado a Illinois con la única intención de recibir beneficios de atención médica no cumple el requisito de residencia conforme a esta definición.

**Paciente Asegurado:** Paciente cubierto conforme a una política de seguro médico o beneficiario de seguro médico público o privado, beneficio médico u otro programa de cobertura médica, incluidos los planes de seguro médico con deducible alto, indemnización por accidentes de trabajo, seguro de responsabilidad civil contra accidentes u otra responsabilidad de terceros.

**Medicamento Necesario:** Todo servicio de atención médica ambulatoria o con hospitalización, incluidos los productos farmacéuticos o suministros, cubiertos en virtud del Título XVIII de la Ley federal del Seguro Social para beneficiarios con la misma presentación clínica que el Paciente. Un servicio “Medicamento Necesario” no incluye lo siguiente: 1) servicios no médicos como servicios sociales y vocacionales; ni 2) cirugía cosmética electiva, pero sí la cirugía plástica concebida para corregir desfiguramientos provocados por lesiones, enfermedad o defectos o deformidades congénitas.

**Nunca digas No:** Servicios que cumplen los criterios de Nunca Digas No de NMHC con sus modificaciones periódicas.

**Filial(es) Hospitalaria(s) de NMHC:** Filiales de NMHC autorizadas como hospitales. Las Filiales de NMHC a las que se aplica esta política están enumeradas en el *Apéndice A-2*.

**Filial(es) Médica(s) de NMHC:** Filiales de NMHC que prestan atención clínica en un entorno médico ambulatorio. Las Filiales de NMHC a las que se aplica esta política están enumeradas en el *Apéndice A-2*.

**No Residente:** Un No Residente es un Paciente que no es Residente de Illinois.

**Paciente:** La persona que recibe servicios.

**Resumen en Lenguaje Sencillo:** Declaración escrita clara, concisa y fácil de entender que le notifica a una persona que la Filial Hospitalaria de NMHC ofrece Asistencia Financiera y proporciona la siguiente información: i) descripción breve de los requisitos de elegibilidad y la asistencia ofrecida conforme a esta política; ii) un resumen breve de cómo solicitar asistencia conforme a esta política; iii) un listado directo de una dirección de sitio web (o URL) y ubicaciones físicas (incluidos los números de oficinas) en donde puede obtenerse una copia de esta política y Solicitudes de Asistencia Financiera; iv) instrucciones sobre cómo obtener por correo una copia gratuita de la Solicitud y Política de Asistencia Financiera; v) información de contacto (incluidos números de teléfono y ubicación física, si procede) de oficinas o departamentos que proporcionan a las personas ayuda con el proceso de Solicitud; vi) disponibilidad de traducciones; y vii) una declaración de que a ningún Paciente que Califique para recibir Asistencia Financiera se le cobrará más de los Importes Generalmente Facturados.

*Servicios con Precio de Paquete con Pago por Cuenta Propia:* Servicios múltiples ofrecidos conjuntamente por un precio único que se descuenta, de manera que el precio único sea menor a la suma de los precios de todos los servicios individuales que comprende el paquete de servicios.

*Paciente No Asegurado:* Paciente no cubierto por ninguna política de seguro médico o que no es beneficiario de seguro médico público o privado, beneficio médico u otro programa de cobertura médica, incluidos los planes de seguro médico con deducible alto, indemnización por accidentes de trabajo, seguro de responsabilidad civil contra accidentes u otra responsabilidad de terceros.

**APÉNDICE A:**  
Definiciones

**Propietario:** Andrew Scianimanico  
**Título:** Vicepresidente del Ciclo de Ingresos

**Fecha de Entrada en Vigencia:** 01/01/2018

**APROBACIÓN:**

Andrew Scianimanico  
Vicepresidente del Ciclo de Ingresos  
Aprobación: 01/01/2018

**HISTORIAL DE REVISIÓN:**

Escrito: 03/03/2015

Revisado: 12/29/2017

**APÉNDICE A-1: PAUTAS FEDERALES DE POBREZA**

<b>Tamaño de la Familia</b>	<b>Ingresos de los Niveles Federales de Pobreza (FPL) en 2021</b>	<b>Hasta el 250 % de FPL</b>	<b>251% al 600% de FPL</b>
	<b>Ingresos Familiares</b>		
<b>1</b>	\$12,880	\$32,200	\$32,200 - \$77,280
<b>2</b>	\$17,420	\$43,550	\$43,550 - \$104,520
<b>3</b>	\$21,960	\$54,900	\$54,900 - \$131,760
<b>4</b>	\$26,500	\$66,250	\$66,250 - \$159,000
<b>5</b>	\$31,040	\$77,600	\$77,600 - \$186,240
<b>6</b>	\$35,580	\$88,950	\$88,950 - \$213,480
<b>7</b>	\$40,120	\$100,300	\$100,300 - \$240,720
<b>8</b>	\$44,660	\$111,650	\$111,650 - \$267,960
<b>Cada Miembro Adicional de la Familia, Sumar</b>	\$4,540	\$11,350	\$11,350 - \$27,240

**REFERENCIAS:**

42USC 9902(2)

**APÉNDICE A-1:**  
Pautas Federales de Pobreza

**Propietario:** Andrew Scianimanico  
**Título:** Vicepresidente del Ciclo de Ingresos

**Fecha de Entrada en Vigencia:** 18/11/2021

**APROBACIÓN:**

Andrew Scianimanico  
Vicepresidente del Ciclo de Ingresos  
Aprobación: 18/02/2021

**HISTORIAL DE REVISIÓN:**

Escrito: 03/03/2015  
Revisado: 24/04/2017  
Revisado: 02/2018, 01/23/2019, 01/28/2020, 02/09/2021

## **APÉNDICE A-2: FILIALES DE NMHC**

### **A. Filiales Hospitalarias**

1. Northwestern Memorial Hospital
2. Northwestern Medicine Lake Forest Hospital
3. Northwestern Medicine Central DuPage Hospital
4. Northwestern Medicine Delnor Hospital
5. Kishwaukee Hospital
6. Valley West Hospital
7. Northwestern Medicine – Ben Gordon Center
8. Marianjoy Rehabilitation

### **B. Filiales Médicas**

1. Northwestern Medical Group
2. Northwestern Medicine Regional Medical Group
3. Kishwaukee Physician Group
4. Marianjoy Medical Group

**APÉNDICE A-2:**  
Filiales de NMHC

**Propietario:** Andrew Scianimanco  
**Título:** Vicepresidente del Ciclo de Ingresos

**Fecha de Entrada en Vigencia: 01/09/2018**

**APROBACIÓN:**

Andrew Scianimanco  
Vicepresidente del Ciclo de Ingresos  
Fecha de Aprobación 01/09/2018

**HISTORIAL DE REVISIÓN:**

Escrito: 03/03/2015  
Revisado: 07/12/2016  
Revisado: 29/12/2017  
Revisado: 01/09/2018  
Revisado: 29/01/2019

## **APÉNDICE B: ATENCIÓN GRATUITA Y CON DESCUENTO PARA PACIENTES ASEGURADOS**

### **I. ATENCIÓN GRATUITA Y CON DESCUENTO**

NMHC presta Atención Gratuita así como también Atención con Descuento a Pacientes Asegurados, según lo dispuesto en este *Apéndice B*.

### **II. SERVICIOS**

- A. Salvo lo indicado en la Sección II.B de este Apéndice, la Atención Gratuita y la Atención con Descuento para Pacientes Asegurados estará disponible en todos los servicios Médicamente Necesarios.
- B. La Atención Gratuita y con Descuento para Pacientes Asegurados no estará disponible para los siguientes servicios:
  - 1. Servicios que No son Médicamente Necesarios;
  - 2. Servicios fuera de la red;
  - 3. Servicios de Farmacias Especializadas;
  - 4. Con respecto a las Filiales Médicas de NMHC, el tratamiento de fertilidad (excluidos determinados gastos de conservación de la fertilidad); procedimientos correctivos de la vista, entre ellos, LASIK; y servicios de laboratorio obtenidos de un laboratorio no afiliado a NMHC, equipo médico duradero, anteojos, lentes de contacto y prótesis auditivas;
  - 5. Coaseguro o deducibles del paciente, salvo que el Solicitante califique para recibir Atención Gratuita;
  - 6. Copagos; y
  - 7. Servicios con Precio de Paquete con Pago por Cuenta Propia.
  - 8. Servicios de laboratorio de parte de Health Lab
- C. Los productos farmacéuticos que no estén en la lista de medicamentos autorizados que se proporcionen después del alta para propósitos de transición estarán sujetos al Descuento del Costo de la Atención.

### **III. REQUISITOS DE RESIDENCIA**

- A. Los Pacientes Asegurados que sean Residentes de Illinois y que reciban servicios Médicamente Necesarios califican para recibir Atención Gratuita y Atención con Descuento. No obstante lo anterior, no habrá requisito de residencia para los Solicitantes Asegurados que reciban Servicios de Emergencia.
- B. Excepto los Pacientes Asegurados que reciban Servicios de Emergencia, los Pacientes Asegurados que no sean Residentes de Illinois (incluidos, entre otros, los traslados externos fuera del Estado) y que reciban servicios Médicamente Necesarios no califican para recibir Atención Gratuita.

### **IV. CÁLCULO DE ATENCIÓN GRATUITA Y CON DESCUENTO**

NMHC presta Atención Gratuita y Atención con Descuento a Pacientes Asegurados calificados a través de dos métodos: “asegurados - escala variable de tarifas” y “asegurados - asistencia en caso

de catástrofes”. Si el Solicitante califica según ambos métodos, NMHC aplicará el método que sea más beneficioso para el Solicitante. A pesar de la calificación en cualquiera de los métodos, si hay motivos para creer que el Solicitante puede tener activos en importes que superen el 600 % de la Pauta Federal de Pobreza vigente aplicable al Tamaño de la Familia del Solicitante y está dispuesto a pagar los servicios médicos, es posible que NMHC exija al Solicitante que proporcione información sobre dichos activos y el Comité de Atención Gratuita podría tomar en cuenta esos activos para decidir si extiende, y en qué medida, la Atención Gratuita o la Atención con Descuento.

#### A. **ASEGURADOS - ASISTENCIA EN LA ESCALA VARIABLE DE TARIFAS**

La Asistencia según la aplicación de la escala variable de tarifas para asegurados se calcula de la siguiente manera:

1. **Atención Gratuita**: Los Residentes Asegurados de Illinois que tienen Ingresos Familiares del 200 % o menos de la Pauta Federal de Pobreza vigente aplicable al Tamaño de la Familia del Solicitante calificarán para recibir un descuento del 100 %. El descuento se aplicará al coaseguro y a los deducibles, así como a los servicios Médicamente Necesarios no cubiertos por un seguro.
2. **Atención con Descuento**: Para servicios Médicamente Necesarios no cubiertos por un seguro. Los Residentes Asegurados de Illinois que tienen Ingresos Familiares superiores al 200 % y menores o iguales al 600 % de la Pauta Federal de Pobreza vigente aplicable al Tamaño de la Familia del Solicitante calificarán para recibir un descuento igual o mayor que el Descuento por Importes Generalmente Facturados.

#### B. **ASEGURADOS - ASISTENCIA EN CASO DE CATÁSTROFES**

1. Para el Paciente Asegurado calificado para recibir Atención Gratuita o Atención con Descuento que tiene Ingresos Familiares superiores al 200 % y hasta e incluido el 600 % de la Pauta Federal de Pobreza vigente aplicable al Tamaño de la Familia del Solicitante, el pago total no excederá, durante cualquier período de doce meses, el 25 % de los Ingresos Familiares del Solicitante.
2. En el cálculo en caso de catástrofes, NMHC incluirá el pago total que el Solicitante adeuda a las Filiales Hospitalarias de NMHC y a las Filiales Médicas de NMHC. De ser incluido, el pago total ajustado se asignará proporcionalmente con base en los importes vencidos adeudados entre las Filiales Hospitalarias de NMHC y las Filiales Médicas, respectivamente.

#### **APÉNDICE B:**

Atención Gratuita y con Descuento

#### **Propietario:**

Andrew Scianimanco

#### **Título:**

Vicepresidente del Ciclo de Ingresos

**Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2018**

#### **APROBACIÓN:**

Andrew Scianimanco

Vicepresidente del Ciclo de Ingresos

Fecha de Aprobación: 01/01/2018

#### **HISTORIAL DE REVISIÓN:**

Escrito: 03/03/2015

Revisado: 17/08/2016

Revisado: 29/12/2017



## **APÉNDICE C: ATENCIÓN GRATUITA Y CON DESCUENTO PARA PACIENTES NO ASEGURADOS**

### **I. ATENCIÓN GRATUITA Y CON DESCUENTO PARA PACIENTES SIN SEGURO**

NMHC proporciona Atención Gratuita así como Atención con Descuento a Pacientes No Asegurados según lo dispuesto en este *Apéndice C*.

### **II. SERVICIOS**

- A. Salvo lo indicado en la Sección II.B de este Apéndice, la Atención Gratuita y la Atención con Descuento para Pacientes No Asegurados estará disponible para todos los servicios Médicamente Necesarios.
- B. La Atención Gratuita y con Descuento para Pacientes No Asegurados no estará disponible para los siguientes servicios:
  1. Servicios de Farmacias de Especialidades;
  2. Con respecto a las Filiales Médicas de NMHC, el tratamiento de fertilidad (excluidos determinados gastos de conservación de la fertilidad); procedimientos correctivos de la vista, entre ellos, LASIK; y servicios de laboratorio obtenidos de un laboratorio no afiliado a NMHC, equipo médico duradero y suministros, anteojos, lentes de contacto y prótesis auditivas.
  3. Servicios de laboratorio de parte de Health Lab

### **III. REQUISITOS DE RESIDENCIA**

La Atención Gratuita y con Descuento estará disponible para los Pacientes No Asegurados que sean Residentes de Illinois. Los Pacientes que no sean residentes de Illinois que no estén Asegurados no califican para recibir Atención Gratuita ni Atención con Descuento. No obstante lo anterior, no habrá requisito de residencia para los Solicitantes No Asegurados que reciban Servicios de Emergencia.

### **IV. CÁLCULO DE ATENCIÓN GRATUITA Y CON DESCUENTO**

NMHC, de conformidad con la Ley de Descuentos en Hospitales de Illinois para Pacientes No Asegurados, proporcionará Atención Gratuita y Atención con Descuento a Pacientes No Asegurados. NMHC presta Atención Gratuita y Atención con Descuento a Solicitantes No Asegurados que califican a través de dos métodos: “no asegurados - escala variable de tarifas” y “no asegurados - asistencia en caso de catástrofes”. Si el Solicitante califica según ambos métodos, NMHC aplicará el método que sea más beneficioso para el Solicitante. A pesar de la calificación en cualquiera de los métodos, si hay motivos para creer que el Solicitante puede tener activos en importes por encima del 600 % de la Pauta Federal de Pobreza vigente aplicable al Tamaño de la Familia del Solicitante y está dispuesto a pagar los servicios médicos, es posible que NMHC exija al Solicitante que proporcione información sobre dichos activos y el Comité de Atención Gratuita podría tomar en cuenta esos activos para decidir si extiende, y en qué medida, la Atención Gratuita o la Atención con Descuento.

#### **A. NO ASEGURADOS - ASISTENCIA EN LA ESCALA VARIABLE DE TARIFAS**

1. Atención Gratuita: Un Solicitante con Ingresos Familiares equivalentes o inferiores al 200 % de la Pauta Federal de Pobreza vigente aplicable al Tamaño de la Familia del Solicitante calificará para recibir Atención Gratuita.
2. Descuento por Costo de Atención: Un Solicitante con Ingresos Familiares superiores al 200 % y hasta e incluido el 600 % de la Pauta Federal de Pobreza vigente aplicable al Tamaño de la Familia del Solicitante calificará para recibir un Descuento por Costo de Atención.

**B. NO ASEGURADOS – ASISTENCIA EN CASO DE CATÁSTROFES**

1. Para los Solicitantes calificados para recibir asistencia conforme a la Sección IV.A.2 anterior, el pago total no excederá, durante cualquier período de doce meses, el 25 % de los Ingresos Familiares del Paciente.
2. En el cálculo en caso de catástrofes, NMHC incluirá los importes de pago totales que el Paciente adeuda a las Filiales Hospitalarias de NMHC y a las Filiales Médicas de NMHC. De ser incluido, el pago total ajustado se asignará proporcionalmente con base en los importes pendientes adeudados entre las Filiales Hospitalarias de NMHC y las Filiales Médicas de NMHC, respectivamente.

**V. REFERENCIAS**

- A. Ley de Facturación Justa a los Pacientes de Illinois [210 ILCS 88/]
- B. Ley de Descuentos en Hospitales de Illinois para Pacientes No Asegurados [210 ILCS 89/]

**APÉNDICE C:**

Descuento a Pacientes No Asegurados

**Propietario:** Andrew Scianimanico

**Título:** Vicepresidente del Ciclo de Ingresos

**Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2018**

**APROBACIÓN:**

Andrew Scianimanico

Vicepresidente del Ciclo de Ingresos

Fecha de Aprobación 01/01/2018

**HISTORIAL DE REVISIÓN:**

Escrito: 03/03/2015

Revisado: 17/08/2016

Revisado: 29/12/2017

## **APÉNDICE D: ELEGIBILIDAD PRESUNTA**

### **I. ELEGIBILIDAD PRESUNTA**

Se asume que el Paciente No Asegurado que cumple los requisitos y criterios de las Secciones III y IV, a continuación, califica para recibir Atención Gratuita conforme a este *Apéndice D*. Los pacientes que se asume que califican no necesitan completar la Solicitud de Asistencia Financiera; no obstante, siempre que los Pacientes demuestren que cumplen los requisitos y criterios de las Secciones III y IV siguientes.

### **II. DEFINICIONES**

Las siguientes definiciones, definidas por Ley de Facturación Justa a los Pacientes de Illinois, se aplican a este *Apéndice D*:

- A. Se entiende por “Paciente” la persona que recibe servicios de NMHC o cualquier persona que sea el garante del pago de los servicios recibidos de NMHC.
- B. Se entiende por “Elegibilidad Presunta” la elegibilidad para recibir Asistencia Financiera determinada por la referencia de los Criterios de Elegibilidad Presunta que demuestren necesidad financiera por parte del Paciente.
- C. Se entiende por “Criterios de Elegibilidad Presunta” las categorías identificadas para demostrar la necesidad financiera.
- D. Se entiende por “Política de Elegibilidad Presunta” el documento escrito que establece los criterios de la Elegibilidad Presunta por los que se determina la necesidad financiera del Paciente y que NMHC usa para considerar a un Paciente calificado para recibir Asistencia Financiera sin más verificación por parte de NMHC. Este *Apéndice D* constituye la Política de Elegibilidad Presunta de NMHC.

### **III. REQUISITOS DE RESIDENCIA**

La Elegibilidad Presunta se aplicará a todos los Residentes de Illinois. La Elegibilidad Presunta no estará disponible ni se aplicará a los No Residentes de Illinois.

### **IV. CRITERIOS**

Los siguientes Criterios de Elegibilidad Presunta establecen las pautas de la Política de Elegibilidad Presunta de NMHC de acuerdo con el Programa de Asistencia Financiera de NMHC. Se considerará que el Paciente No Asegurado que demuestre elegibilidad conforme a uno o más de los siguientes programas califica para recibir Atención Gratuita y no se le exigirá que proporcione documentación de respaldo adicional para recibir dicha Asistencia Financiera.

- A. Personas sin hogar
- B. Persona fallecida sin patrimonio
- C. Incapacidad mental sin nadie que actúe en nombre del Paciente
- D. Elegibilidad para obtener Medicaid, pero no en la fecha del servicio ni por servicio no cubierto
- E. Inscripción en los siguientes programas de asistencia para personas con bajos ingresos con criterios de elegibilidad iguales o menores al 200 % de las pautas de los Ingresos Federales de Pobreza:

1. Women, Infants and Children Nutrition Program (WIC, Programa de Nutrición de Mujeres, Bebés y Niños)
  2. Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)
  3. Illinois Free Lunch and Breakfast Program (Programa de Desayuno y Almuerzo Gratuitos en Illinois)
  4. Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP, Programa de Asistencia de Energía en Hogares de Bajos Ingresos)
  5. Inscripción en un programa organizado y comunitario que brinde acceso a atención médica que evalúe y documente el estado financiero de bajos ingresos limitados como criterio de membresía.
  6. Recepción de ayuda de subsidio para servicios médicos.
- F. Para asegurar la capacidad de NMHC para aplicar la Asistencia Financiera a una factura del Paciente tan pronto sea posible después de que el Paciente haya recibido los servicios y antes de la emisión de dicha factura, el Paciente deberá notificar a NMHC la Elegibilidad Presunta y proporcionar la documentación de respaldo tan pronto como sea posible, de preferencia durante el proceso de Solicitud de Asistencia Financiera. En la medida en que la información de elegibilidad esté disponible sin previo aviso al Paciente, NMHC utilizará esa información para aplicar la Elegibilidad Presunta. NMHC también aplicará la Elegibilidad Presunta para servicios de NMHC en situaciones en las que el Paciente presente una notificación y documentación de respaldo después de haberse iniciado la facturación.

## V. REFERENCIAS

Ley de Facturación Justa a los Pacientes [210 ILCS 88/]

### APÉNDICE D:

Elegibilidad Presunta

### Propietario:

Andrew Scianimanico

### Título:

Vicepresidente del Ciclo de Ingresos

**Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2018**

### APROBACIÓN:

Andrew Scianimanico

Vicepresidente del Ciclo de Ingresos

Fecha de Aprobación: 01/01/2018

### HISTORIAL DE REVISIÓN:

Escrito: 12/2013

Revisado: 12/2014 – versión anterior Apéndice A de NMHC 03.0012 v 1.0 – 6/1/2011

Revisado: 08/2016

Revisado: 29/12/2017

## **APÉNDICE E: NOTIFICACIÓN GENERAL—FILIALES HOSPITALARIAS DE NMHC**

### **I. MEDIDAS DE NOTIFICACIÓN ESPECÍFICAS PARA FILIALES HOSPITALARIAS DE NMHC**

Para informar a los Pacientes, Garantes, sus familias y a la comunidad en general sobre el Programa de Asistencia Financiera de NMHC, las Filiales Hospitalarias de NMHC tomarán medidas para divulgar ampliamente esta Política de Asistencia Financiera, la Solicitud de Asistencia, una descripción del proceso de Solicitud de Asistencia Financiera y un “Resumen en Lenguaje Sencillo” de esta Política de Asistencia Financiera (de manera conjunta para efectos de este *Apéndice E*, “Materiales”) dentro de la comunidad que NMHC atenderá. Las medidas de notificación específicas incluirán las siguientes:

- A. Poner ampliamente a disposición los Materiales en los sitios web de las Filiales Hospitalarias de NMHC y en sitios web de NMHC de la siguiente manera:
  1. Las versiones completas y vigentes de los Materiales se colocarán visiblemente en sitios web.
  2. Toda persona con acceso a internet puede acceder, descargar, ver e imprimir una copia del Material sin necesidad de hardware ni software especial de computadoras (además del software a disposición del público sin el pago de ninguna tarifa) y sin pagar tarifas a NMHC o a cualquier Filial Hospitalaria de NMHC y sin crear una cuenta ni que se le requiera crear una cuenta ni que se le obligue a proporcionar información personal identificable.
  3. NMHC y las Filiales Hospitalarias de NMHC proporcionarán la dirección directa del sitio web o URL de la página web en la que se publiquen los Materiales a toda persona que pregunte cómo acceder a los Materiales en línea.
- B. Poner a disposición copias de papel de los Materiales a solicitud y sin cargo por correo postal y en lugares públicos, incluidas áreas de ingreso o registro y en el Departamento de Emergencia de la Filial Hospitalaria de NMHC.
- C. Publicar, de manera visible en las áreas de ingreso y registro y en los Departamentos de Emergencia de cada Filial Hospitalaria de NMHC, señalizaciones que indiquen: “Usted puede llenar los requisitos para recibir asistencia financiera según los términos y las condiciones que ofrece el hospital a pacientes calificados. Para obtener más información, comuníquese con [inserte la información de contacto del representante de asistencia financiera del hospital.]” El letrero deberá redactarse en inglés y en otro idioma que sea la lengua principal de 1000 personas o el 5 %, lo que sea menor, de la comunidad atendida por el Centro Hospitalario de NMHC o las poblaciones con probabilidades de ser afectadas o detectadas por la Filial Hospitalaria de NMHC.
- D. Notificar e informar sobre esta política y cómo o dónde obtener más información sobre la política y el proceso de solicitud a los miembros de la comunidad atendida por cada Filial Hospitalaria de NMHC, y sobre las copias de los Materiales. La notificación deberá realizarse de manera razonablemente calculada para que llegue a los miembros de la comunidad que tengan mayores probabilidades de necesitar Asistencia Financiera. “Razonablemente calculado” tomará en cuenta los idiomas principales hablados por los residentes de las comunidades atendidas por la Filial Hospitalaria de NMHC, así como también otras características de la comunidad y la Filial Hospitalaria de NMHC.
- E. Notificar e informar sobre esta política y cómo o dónde obtener mayor información relativa a la política y al proceso de solicitud a los pacientes que reciben atención de alguna Filial Hospitalaria de NMHC, y sobre las copias de los Materiales. Específicamente, cada Filial Hospitalaria de NMHC deberá:

1. Ofrecer una copia impresa del Resumen en Lenguaje Sencillo de esta política como parte del proceso de ingreso o dada de alta;
  2. Incluir un aviso visible escrito en los estados de cuenta que notifiquen e informen a los destinatarios la disponibilidad de asistencia financiera en virtud de esta política e incluir el número de teléfono de la oficina o el departamento de la Filial Hospitalaria de NMHC que pueda proporcionar información sobre esta política y el proceso de solicitud y la dirección del sitio web directo (o URL) en el que se puedan obtener copias de esta política, la Solicitud y el Resumen en Lenguaje Sencillo de esta política; y
  3. Fijar anuncios públicos visibles (u otras medidas razonablemente calculadas para atraer la atención de los pacientes) en lugares públicos en la Filial Hospitalaria de NMHC, incluidos, como mínimo, el Departamento de Emergencias y las áreas de ingresos para notificar e informar a los pacientes sobre esta política.
- F. Los Materiales se redactarán en inglés y se traducirán en algún otro idioma que sea la lengua principal de 1000 personas o el 5 %, lo que sea menor, de la comunidad atendida por el Centro Hospitalario de NMHC o de las poblaciones con probabilidades de ser afectadas o detectadas por la Filial Hospitalaria de NMHC.
- G. El Departamento de Asesoría Financiera mantendrá una lista de proveedores de atención médica, además de cada Filial misma, que prestan Atención de Emergencia u otra Atención Médicamente Necesaria en cada Filial, ya sea que dichos proveedores de atención médica estén o no incluidos en esta política y se incorporará aquí por referencia.

## **II. REFERENCIAS**

- A. Sección 501 (r) del Código de Rentas Internas
- B. Ley de Facturación Justa a los Pacientes [210 ILCS 88/27]

**APÉNDICE E:**  
Notificación

**Propietario:** Andrew Scianimanico  
**Título:** Vicepresidente del Ciclo de Ingresos

**Fecha de Entrada en Vigencia: 01/02/2016**

**APROBACIÓN:**

Andrew Scianimanico  
Vicepresidente del Ciclo de Ingresos  
Fecha de Aprobación: 01/02/2016

**HISTORIAL DE REVISIÓN:**

Escrito: 03/03/2015

## **APÉNDICE F: PLAZOS APLICABLES Y REQUISITOS DE NOTIFICACIÓN A PACIENTES INDIVIDUALES—FILIALES HOSPITALARIAS DE NMHC**

### **I. PERÍODO DE FACTURACIÓN**

De conformidad con la Ley de Facturación Justa a los Pacientes de Illinois, se indicará a los Pacientes que soliciten Asistencia Financiera en un plazo de los sesenta (60) días después del alta o cuando reciban atención ambulatoria, lo que sea mayor, y NMHC no enviará facturas a Pacientes No Asegurados hasta que haya transcurrido dicho período de sesenta (60) días. Si bien NMHC puede enviar facturas a los Pacientes después del período de sesenta (60) días, procesará, no obstante, las Solicitudes recibidas en cualquier momento durante el Período de Solicitud.

### **II. GESTIONES NECESARIAS PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD ANTES DE TOMAR MEDIDAS DE COBRO EXTRAORDINARIAS**

#### **A. Necesidad de Notificar**

Antes de tomar alguna Medida de Cobro Extraordinaria (ECA), las Filiales Hospitalarias de NMHC harán razonablemente todo lo posible para determinar si la persona califica para recibir Asistencia Financiera tomando los pasos establecidos en este *Apéndice F*. Específicamente, con respecto a alguna atención que una Filial Hospitalaria de NMHC preste a una persona, la Filial Hospitalaria de NMHC tomará las siguientes medidas:

1. Notificar a la persona sobre el Programa de Asistencia Financiera según se describe en este *Apéndice F* antes de iniciar alguna Medida de Cobro Extraordinaria para obtener el pago de la atención y abstenerse de iniciar dichas Medidas de Cobro Extraordinarias (con excepción de la Medida de Cobro Extraordinaria descrita en el párrafo de la Sección II.C de este *Apéndice F*) durante al menos 120 días a partir de la fecha en que la Filial Hospitalaria de NMHC proporcione el primer estado de cuenta después del alta por concepto de la atención. NOTA: Si se agregan múltiples episodios de atención, el período de 120 días comienza desde el primer estado de cuenta después del alta por el episodio de atención más reciente incluido en la integración.
2. En caso de que una persona haya enviado una Solicitud incompleta durante el Período de Solicitud, se le debe informar cómo completarla y darle una oportunidad razonable para hacerlo según se describe en la Sección II.D de este *Apéndice F*; y
3. En caso de que una persona haya enviado una Solicitud completa durante el Período de Solicitud, se debe determinar si la persona califica para recibir Asistencia Financiera por la atención descrita en la Sección II.E de este *Apéndice F*.

#### **B. Notificación en General**

Las Filiales Hospitalarias de NMHC deberán notificar sobre el Programa de Asistencia Financiera a los Pacientes y/o Garantes tomando, por lo general, los siguientes pasos por lo menos 30 días antes de iniciar una o más Medidas de Cobro Extraordinarias para obtener el pago por la atención:

1. Entregar a la persona una notificación escrita que indique que hay Asistencia Financiera disponible para personas calificadas, identificar la(s) Medida(s) de Cobro Extraordinaria(s) que la Filial Hospitalaria de NMHC (u otra parte autorizada) se proponga tomar para obtener el pago por concepto de la atención y establecer un plazo

después del cual podrá tomarse dicha(s) Medida(s) de Cobro Extraordinaria(s) no antes de los 30 días después de la fecha en que se entregó la notificación escrita;

2. Entregar a la persona un Resumen en Lenguaje Sencillo del Programa de Asistencia Financiera con la notificación escrita descrita anteriormente,
3. Hacer razonablemente todo lo posible para informar oralmente a la persona sobre el Programa de Asistencia Financiera y cómo puede obtener asistencia con el proceso de Solicitud.

**C. Postergación o Denegación de Atención por Falta de Pago de Atención Anterior**

En caso de que la Medida de Cobro Extraordinaria signifique postergar o denegar la atención por la falta de pago de una atención anterior, la Filial Hospitalaria de NMHC podrá informar a la persona sobre el Programa de Asistencia Financiera menos de 30 días antes de tomar la Medida de Cobro razonable, siempre y cuando la Filial Hospitalaria de NMHC:

1. Cumpla, por otro lado, los requisitos de la Sección II.B de este *Apéndice F* pero, en lugar de la notificación descrita en la Sección II.B, le entregue a la persona una Solicitud y una notificación escrita indicando que la Asistencia Financiera está disponible para las personas que califican y establezca el plazo, de haberlo, después del cual la Filial Hospitalaria de NMHC ya no aceptará ni procesará la Solicitud enviada (o, si procede, completada) por la persona por la atención en cuestión prestada anteriormente. Ese plazo no deberá ser antes de los 30 días posteriores a la fecha en que se haya entregado la notificación escrita o 240 días después de la fecha en que se haya entregado el primer estado de cuenta por concepto de la atención prestada anteriormente.
2. Si la persona envía una Solicitud por la atención prestada anteriormente en o antes del plazo ya descrito (o en cualquier momento si la Filial Hospitalaria de NMHC no le fijó a la persona dicho plazo), se debe procesar la Solicitud de manera acelerada.

**D. Solicitud Incompleta**

Si la persona envía una Solicitud incompleta durante el Período de Solicitud, las Filiales Hospitalarias de NMHC:

1. Suspenderán toda Medida de Cobro Extraordinaria;
2. Le entregarán a la persona una notificación escrita de los materiales adicionales necesarios para completar su Solicitud. Esta notificación escrita incluirá un Resumen en Lenguaje Sencillo del Programa de Asistencia Financiera, el número de teléfono y la ubicación física de la oficina o el departamento de la Filial Hospitalaria de NMHC que pueda proporcionar información sobre el Programa de Asistencia Financiera y la oficina o el departamento que puedan prestar ayuda con el proceso de Solicitud. La persona proporcionará materiales adicionales antes de que finalice el Período de Solicitud o en un plazo de treinta (30) días posteriores a la recepción de la notificación, excepto por circunstancias extraordinarias.

**E. Solicitud Completa**



Si una persona presenta una Solicitud completa durante el Período de Solicitud, las Filiales Hospitalarias de NMHC:

1. Suspenderán toda Medida de Cobro Extraordinaria en contra de la persona;
  2. Elaborarán y documentarán una determinación sobre si la persona califica para recibir Asistencia Financiera;
  3. Notificarán por escrito a la persona la determinación de elegibilidad, incluida, si procede, la Asistencia Financiera para la cual la persona califica y la base de la determinación; y
  4. Si la persona califica para recibir Asistencia Financiera, las Filiales Hospitalarias de NMHC:
    - a. entregarán a la persona (que se haya determinado que califica para recibir Asistencia Financiera distinta de la Atención Gratuita) un estado de cuenta que indique el importe que adeuda la persona como alguien que califica para recibir Asistencia Financiera, cómo se determinó ese importe e indicarán o describirán cómo se puede obtener información relativa a los Importes Generalmente Facturados por concepto de la atención;
    - b. reembolsarán todo importe (salvo que sea menos de \$5.00 u otra suma indicada mediante notificación u otra pauta publicada en el Boletín de Rentas Internas (Internal Revenue Bulletin)) que haya pagado anteriormente la persona por la atención incluida en la Solicitud y superior al importe que se determine que adeuda como persona calificada para recibir Asistencia Financiera; y
    - c. revertirán toda Medida de Cobro Extraordinaria (con excepción de la venta de deuda).
- F. Las Filiales Hospitalarias de NMHC documentarán todos los requisitos de notificación previstos en este *Apéndice F*.
- G. La implementación de este Apéndice cumplirá la 26 C.F.R. 1.501(r)-6. En la medida en que este *Apéndice F* sea contradictorio con 26 C.F.R. 1.501(r)-6 o en la medida en que 26 C.F.R. 1.501(r)-6 estipule mayor detalle sobre la implementación de este *Apéndice F*, regirá 26 C.F.R. 501(r)-6.

### **III. REFERENCIAS**

- A. Sección 501(r) del Código de Rentas Internas
- B. Ley de Facturación Justa a los Pacientes [210 ILCS 88/27]

**APÉNDICE F:**  
Plazos Aplicables

**Propietario:** Andrew Scianimanico  
**Título:** Vicepresidente del Ciclo de Ingresos

**Fecha de Entrada en Vigencia:** 01/02/2016

**APROBACIÓN:**

Andrew Scianimanico  
Vicepresidente del Ciclo de Ingresos  
Fecha de Aprobación: 01/02/2016

**HISTORIAL DE REVISIÓN:**

Escrito: 03/03/2015

## **APÉNDICE G: LISTAS DE PROVEEDORES**

### **I. LISTADO DE PROVEEDORES SUJETOS O NO A ESTA POLÍTICA**

- A. En el Departamento de Asesoría conservará, en nombre de cada Filial Hospitalaria de NMHC, una lista de proveedores, que no sea la Filial Hospitalaria misma, que presten atención de Emergencia u otra atención Médicamente Necesaria e indique si está cubierta o no conforme a esta Política.
- B. La lista estará en sitios web de Filiales Hospitalarias de NMHC y en sitios web de NMHC. En el Departamento de Asesoría Financiera también habrán disponibles, sin costo, copias impresas de la lista.
- C. La lista se actualizará por lo menos trimestralmente.

### **II. REFERENCIAS**

- A. Sección 501 (r) del Código de Rentas Internas
- B. Notificación de Rentas Internas 2015-46

**APÉNDICE G:**  
Listas de Proveedores

**Propietario:** Andrew Scianimanico  
**Título:** Vicepresidente del Ciclo de Ingresos

**Fecha de Entrada en Vigencia: 01/09/2016**

**APROBACIÓN:**

Andrew Scianimanico  
Vicepresidente del Ciclo de Ingresos  
Fecha de Aprobación: 22/08/2016

**HISTORIAL DE REVISIÓN:**

Escrito: 03/03/2015  
Revisado: 17/08/2016

## **APÉNDICE H: ASISTENCIA FINANCIERA PARA ANÁLISIS DE LABORATORIO**

### **I. DESCRIPCIÓN DE LA ASISTENCIA FINANCIERA PARA ANÁLISIS DE LABORATORIO DE PACIENTES**

- A. NMHC se compromete a proporcionar acceso a servicios de análisis de laboratorio a través de NM Lab, un departamento de NMH. La asistencia financiera para análisis de laboratorio se limita a pacientes que tengan saldos resultando de servicios de análisis de NM Lab por muestras extraídas en consultorios médicos y enviadas a NM Lab o muestras obtenidas a través de los centros de extracción de NM Lab.
- B. NMHC evaluará a los pacientes de NM Lab para otorgar asistencia financiera a los saldos que deban ser pagados por los pacientes.
- C. La asistencia financiera para análisis de laboratorio no está disponible para los beneficiarios de programas gubernamentales (incluidos los planes de atención médica administrada Medicare Advantage y Medicaid).
- D. La asistencia financiera para análisis de laboratorio es administrada por los servicios de contabilidad de los pacientes de NMHC a través de su proceso automatizado de estados de cuenta de los pacientes y se aplicará automáticamente a los pacientes que tengan saldos que cumplan con los requisitos.

### **II. SERVICIOS**

- A. Análisis de laboratorio médicamente necesarios realizados por un profesional o en un hospital a través de NM Lab
- B. La asistencia financiera no se aplica a los servicios facturados al cliente por los que NM Lab puede prestar servicios de laboratorio y facturar directamente al consultorio médico en vez de facturar a las compañías de seguros y a los pacientes. Los pacientes de servicios facturados al cliente reciben facturas del cliente, no de NM Lab.

### **III. REQUISITOS DE RESIDENCIA**

No hay requisitos de residencia asociados con la asistencia financiera para análisis de laboratorio.

### **IV. CÁLCULO DE LA ASISTENCIA FINANCIERA PARA ANÁLISIS DE LABORATORIO**

- A. NMHC aplicará un descuento del noventa por ciento (90 %) sobre el saldo restante del paciente para los pagos de los pacientes con un nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) inferior al 600 %.
- B. Además de la asistencia financiera para análisis de laboratorio se pueden aplicar otros descuentos.

#### **APÉNDICE H:**

Asistencia financiera para análisis de laboratorio

#### **Propietario:**

Andrew Scianimanico

#### **Título:**

Vicepresidente del Ciclo de Ingresos

**Fecha de entrada en vigencia:** 02/26/2019

#### **APROBACIÓN:**

Andrew Scianimanico

Vicepresidente del Ciclo de Ingresos

Fecha de aprobación: 02/26/2019

#### **HISTORIAL DE REVISIÓN:**

Fecha de redacción: 06/03/2017