

Estado Activo

ID de PolicyStat 11117338



Origen 6/1/2009
Aprobada 4/20/2022
Vigencia 4/20/2022
Próxima revisión 4/19/2025

Responsable Kimberly Brust:
Directora de Cuentas de Pacientes
Categoría/ Capítulo Operaciones comerciales
Aplicabilidad Todas las unidades de operación de OSF
Áreas/ Departamentos Organizacionales

Asistencia financiera (AC-29)

DEFINICIONES

- Monto generalmente facturado (AGB)** - El monto generalmente facturado es el pago que se espera por servicios médicos necesarios o de emergencia por parte de los pacientes o del garante del paciente. Para los pacientes que califiquen, este monto no debe exceder una tasa que será determinada mediante la utilización de un método retroactivo descrito en §1.501(r)-5(b) (3) del Código de Rentas Internas. El método retroactivo se basa en los reclamos pagados a OSF por Medicare Fee-for-Service junto con todos los reclamos de pago de aseguradoras de salud privadas. Los reclamos contemplados en los cálculos del AGB son reclamos permitidos durante el año calendario anterior. Los montos para los coseguros, los copagos y los deducibles están incluidos en el numerador junto con Medicare Fee-for-Service y todos los reclamos permitidos de aseguradoras de salud privadas. Los cargos brutos para dichos reclamos están incluidos en el denominador. El AGB se calcula de forma anual el día 45, luego de cerrar el año calendario anterior, y se implementa el día 120, luego de cerrar el año calendario.
- Porcentaje del monto generalmente facturado (AGB)** - El porcentaje del AGB se calcula cada año calendario en el día 45 del año, y está descrito en el Apéndice 3 de esta política.
- Período de solicitud** - Período durante el que las solicitudes son aceptadas y procesadas para recibir la asistencia financiera. El período de solicitud comienza en la fecha en la que se brinda la atención y finaliza 240 días después de la fecha en la que se proporciona el primer estado de cuenta posterior al servicio.
- Relación entre costos y cargos** – Relación entre los costos de OSF y sus cargos proveniente de su informe de costos de Medicare más reciente (CMS 2552-96 Ficha de trabajo C, Parte I, Relación de hospitalizaciones de PPS).
- Servicios elegibles** - Los servicios elegibles en virtud de esta política de asistencia financiera son clínicamente adecuados y se encuentran dentro de los estándares generalmente aceptados de la práctica médica. Incluyen los siguientes servicios brindados o facturados por OSF:
 - Servicios médicos de emergencia proporcionados en una sala de emergencias, así como la atención

- proporcionada en una sala de emergencias con el fin de estabilizar la afección del paciente.
- b. Servicios no elegibles proporcionados en respuesta a circunstancias que ponen en peligro la vida en una sala que no sea de emergencias.
 - c. Servicios médicos necesarios según los defina Medicare.
6. **Afección médica de emergencia** - Como se define en la Sección 1867 de la Ley de Seguridad Social (42 U.S.C. 1395dd). El término "Afección médica de emergencia" significa una afección médica que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluso dolor intenso) que la ausencia de atención médica inmediata podría, de manera razonable, tener como consecuencia:
- a. que la salud del individuo (o, en el caso de una embarazada, la salud de la mujer o su bebé por nacer) se vea seriamente perjudicada;
 - b. un deterioro grave de las funciones corporales o
 - c. una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o
 - d. respecto de una embarazada que tiene contracciones:
 - i. que no haya tiempo suficiente para realizar un traslado seguro a otro hospital antes del parto o
 - ii. que el traslado pueda presentar un riesgo para la salud o seguridad de la mujer o del bebé por nacer.
7. **Familia** - Según lo define la Oficina del Censo de Estados Unidos, un grupo de dos o más personas que residen juntas y se relacionan por nacimiento, matrimonio o adopción. Si el paciente afirma que alguien es su dependiente en su declaración de impuestos a la renta, según las reglas del Servicio de Impuestos Internos, puede considerarse dependiente para los fines de la determinación de elegibilidad para esta política.
8. **Ingreso familiar** - El ingreso familiar de un solicitante es la suma de las ganancias anuales y los beneficios en efectivo de todas las fuentes antes de impuestos, menos los pagos realizados para manutención de los hijos, de todos los integrantes adultos de la familia que viven en el hogar y estén incluidos en la declaración de impuestos federales más reciente. Nivel federal de pobreza (FPL) - El FPL utiliza los umbrales de ingresos que varían de acuerdo con el tamaño y la composición de la familia para determinar quién se encuentra debajo de la línea de pobreza en los Estados Unidos. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos actualiza este nivel de forma periódica en el Registro Federal, de acuerdo con la autoridad de la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos. Se pueden consultar los lineamientos actuales del FPL en <http://aspe.hhs.gov/POVERTY/>.
9. **Garante** - Una persona que no es el paciente, pero que es responsable del pago de la factura del paciente.
10. **Cargos Brutos** - El precio completo establecido por OSF para los servicios médicos que sean facturados de forma consistente y uniforme a todos los pacientes antes de solicitar cualquier asignación contractual, descuento o asistencia financiera.
11. **Persona sin hogar** - Como lo define el gobierno federal, y según lo publicado en el Registro Federal el 5 de diciembre de 2011 por HUD: una persona o familia que carece de una residencia nocturna fija, regular y adecuada, lo que significa que la persona o familia tiene una residencia nocturna principal de carácter público o privado que no está diseñada para que la habite un humano o que está viviendo en un refugio gestionado de forma pública o privada y diseñado para brindar una solución de vivienda temporal. Esta categoría también incluye a las personas que se están retirando de una institución donde residió por 90 días o menos, que residió en un refugio de emergencia o en un lugar que no está diseñado para que lo habite un humano inmediatamente antes de ingresar a la institución.

12. Servicios no elegibles

- a. Procedimientos optativos que no son médicamente necesarios, así como servicios típicamente no cubiertos por Medicare o definidos por Medicare u otros seguros de salud como servicios que no son médicamente necesarios, entre los que se encuentran: cirugía con Lasik, atención quiropráctica, servicios de fertilidad, anteojos/lentes de contacto, cirugía cosmética/servicios de cirugía plástica, audífonos, ortodoncia, servicios odontológicos, optometría;
 - b. servicios recibidos de proveedores de atención no facturados por OSF (por ejemplo, profesionales médicos privados o que no pertenecen a OSF, transporte en ambulancia, etc.). Se incentiva a los pacientes a que contacten a estos proveedores de forma directa para indagar acerca de cualquier asistencia disponible y para realizar acuerdos de pago. Vea el Apéndice 2 para obtener una lista completa de los proveedores que no se encuentran cubiertos por esta política;
 - c. servicios proporcionados a pacientes con seguro, incluidos los pacientes con seguro insuficiente, que estén fuera de la red (lo que significa que el proveedor o centro que brinda la atención no es un proveedor que forma parte de la red o tiene un contrato negociado con el plan de seguro de salud del paciente).
13. **Médicamente necesario** - Según la definición de Medicare, servicios o elementos razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o una lesión.
 14. **Medicare Fee-For-Service (FFS)** - Seguro de salud disponible en virtud de Medicare Partes A y B del Título XVIII de la Ley de Seguro Social (Tít. 42 §1395c – 1395w-5 del U.S.C.).
 15. **Saldo adeudado del paciente** – Monto que un paciente o el garante del paciente es personalmente responsable de pagar, después de que se hayan aplicado todas las deducciones, los reembolsos del seguro y los descuentos por falta de seguro (según se define a continuación).
 16. **Plan de pago** - Plan de pago acordado por OSF y un paciente, o el garante del paciente, por gastos por cuenta propia. El plan de pago debe tener en cuenta las circunstancias financieras del paciente, el monto adeudado y cualquier pago previo.
 17. **Presunto** - En ciertas circunstancias, los pacientes sin seguro pueden ser considerados o determinados elegibles para recibir asistencia financiera de acuerdo con su inscripción en otros programas de asistencia social u otras fuentes de información, que no sean proporcionados de forma directa por el paciente, con el fin de realizar una evaluación individual de las necesidades financieras.
 18. **Aseguradora de salud privada** - Cualquier organización que no es una unidad gubernamental que ofrece seguros de salud, entre las que se incluyen las organizaciones no gubernamentales que administran planes de seguro de salud en virtud de Medicare Advantage.
 19. **Período de calificación** - A los solicitantes que sean determinados elegibles para recibir asistencia financiera se les otorgará asistencia por un período de doce meses. La asistencia también se aplicará de forma retroactiva a todas las cuentas elegibles incurridas por los servicios recibidos durante el período de solicitud.
 20. **Paciente sin seguro** - Paciente que no cuenta con cobertura, total o parcial, en virtud de alguna política de seguro de salud, lo que incluye políticas de deducibles altos, y que no es beneficiario de ningún seguro de salud público o privado, beneficio de salud o cualquier otro programa de cobertura de salud (que incluye, entre otros, seguros de salud privados, plan ERISA, Medicare, Medicaid, CHIP o CHAMPUS), y cuya lesión, enfermedad o tratamiento no es compensable a través de la indemnización de los trabajadores, el seguro de automóvil o el seguro de responsabilidad civil u otro seguro contra terceros, según lo determinado por OSF de acuerdo con los documentos y la información proporcionados por el paciente u obtenidos de otras

fuentes, por el pago de los servicios de atención médica brindados por OSF.

21. **Paciente con seguro insuficiente** - Una persona, con cobertura de un seguro privado o público, para quien representaría una dificultad financiera pagar los gastos por cuenta propia previstos en concepto de servicios médicos proporcionados por OSF.

OBJETIVO:

Con el espíritu de Cristo y el ejemplo de Francisco de Asís, la misión de OSF HealthCare (denominado "OSF" de aquí en adelante) es servir a las personas con la mejor atención y el amor más grande, en una comunidad que celebra el regalo de la vida.

En servicio de esta misión, OSF se compromete a brindar servicios de atención médica necesarios y de emergencia a los pacientes, sin importar el estado de su seguro o su capacidad de pago. La intención de esta política de asistencia financiera es cumplir con todas las leyes federales y estatales correspondientes a nuestra área de servicio.

Los pacientes que califiquen para recibir la asistencia en virtud de esta política recibirán un descuento por la atención recibida por parte de proveedores de OSF calificados.

La asistencia financiera brindada en virtud de esta política se realiza con la expectativa de que los pacientes cooperen con los procedimientos de solicitud de la política y los procedimientos de beneficio público o programas de cobertura que puedan encontrarse disponibles para cubrir los costos de la atención. OSF no discrimina con base en la edad, sexo, raza, religión, color, discapacidad, orientación sexual, origen nacional o estado de inmigración a la hora de tomar decisiones con respecto a la asistencia financiera.

POLÍTICA:

OSF debe brindar asistencia financiera y servicios comunitarios en virtud de la tradición de The Sisters of the Third Order of Saint Francis. Todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago son elegibles para solicitar asistencia financiera para los servicios proporcionados en las entidades de OSF enumeradas en el Apéndice 6.

PROCESO:

1. Se extenderá la asistencia financiera a pacientes con seguro insuficiente o sin seguro, o al garante del paciente, que reciban los servicios elegibles y cumplan con criterios específicos, tal como se describe a continuación. Estos criterios garantizarán que esta política de asistencia financiera se aplique de manera consistente en todo OSF y cumpla con los requisitos federales y estatales. OSF se reserva el derecho de revisar, modificar o cambiar esta política de la forma que considere necesaria o apropiada.
2. Los solicitantes de asistencia financiera serán responsables de solicitar programas públicos y de conseguir cobertura de seguros de salud privados. A los pacientes, o garantes de pacientes, que elijan no cooperar con la solicitud de los programas identificados por OSF como posibles fuentes de pago por la atención, se les puede denegar la asistencia financiera. Se espera que los solicitantes contribuyan con el costo de su atención de acuerdo con su capacidad de pago, tal como se remarca en esta política.
3. Los pacientes, o garantes de pacientes, identificados como posibles solicitantes de Medicaid, deben solicitar cobertura de Medicaid o presentar un rechazo de Medicaid que haya sido recibido dentro de los seis (6) meses anteriores a la solicitud de asistencia financiera de OSF. Los pacientes, o garantes de pacientes, deben cooperar con el proceso de solicitud descrito en esta política para obtener asistencia financiera.

4. OSF utiliza a una tercera parte para determinar si los pacientes sin seguro que reciben atención en sus hospitales son elegibles para Medicaid, y para ayudarlos a presentar la solicitud de Medicaid. Si la revisión de la tercera parte determina que el paciente o el garante del paciente no es elegibles para Medicaid y documenta lo mismo en el expediente médico, no se les requerirá al paciente ni al garante del paciente que soliciten cobertura de Medicaid.
5. Los criterios que serán considerados por OSF a la hora de evaluar a un paciente para recibir la asistencia financiera incluyen el ingreso familiar, el tamaño de la familia y las obligaciones de costos médicos. El programa de asistencia financiera de OSF se encuentra disponible para todos los pacientes que cumplan con los requisitos expresados en esta política, sin importar la ubicación geográfica o el estado de residencia. Se extenderá la asistencia financiera a los pacientes, o garantes de pacientes, de acuerdo con las necesidades financieras y en cumplimiento con las leyes federales y estatales.
6. Se ofrecerá asistencia financiera a los pacientes con seguro insuficiente elegibles, siempre que dicha asistencia sea en cumplimiento del acuerdo contractual de OSF con la aseguradora. La asistencia financiera no se encuentra, generalmente, disponible para los copagos o saldos de los pacientes posteriores al seguro en el caso de que un paciente no cumpla de forma razonable con los requisitos del seguro, tal como obtener una derivación o autorización adecuada. En general, los saldos fuera de la red son revisados caso por caso. Se espera que los pacientes con cuentas personales de salud con ventajas impositivas, como una cuenta de ahorros para la salud, un convenio de reembolso para la salud o una cuenta de gastos flexibles, utilicen los fondos de la cuenta antes de que se les otorgue la asistencia financiera. OSF se reserva el derecho de revertir los descuentos descritos en el presente documento en el caso de que determine de forma razonable que dichos términos violan cualquier obligación legal o contractual de OSF.

ASISTENCIA FINANCIERA

De acuerdo con una evaluación del ingreso familiar, el tamaño de la familia y las obligaciones médicas del solicitante, los solicitantes elegibles pueden recibir la siguiente asistencia.

Descuento por falta de seguro: A los pacientes con seguro insuficiente se les proporcionará un descuento por falta de seguro, como se describe en el Apéndice 5, en el momento en que los cargos sin descuentos sean computados, y antes de que se facture al paciente o al garante del paciente. En el caso de que se descubra de forma subsecuente un seguro u otra cobertura, identificados en la definición de paciente sin seguro, se revocará el descuento por falta de seguro y se facturarán los cargos en su totalidad a dicha cobertura, en la medida que corresponda. No se les impide a los pacientes, o garantes de pacientes, a los que se les proporciona el descuento por falta de seguro, solicitar y calificar para recibir asistencia financiera adicional contemplada en el presente documento.

Atención gratuita y con descuento: Se determina que el monto total de los cargos de OSF se encuentra cubierto en virtud de esta política de asistencia financiera para cualquier paciente sin seguro o con seguro insuficiente, o para el garante del paciente, cuyo ingreso familiar se encuentre en el 250 % o menos del nivel federal de pobreza actual. Se proporcionará una escala móvil de descuentos para los cargos de OSF por los servicios cubiertos en virtud de esta política de asistencia financiera para cualquier paciente sin seguro o con seguro insuficiente, o para el garante del paciente, cuyo ingreso familiar sea mayor del 250 % y menor o igual al 400 % del nivel federal de pobreza actual. Se proporcionará atención gratuita o con descuento en función del ingreso familiar del paciente, o del garante del paciente, de acuerdo con el siguiente programa:

1. Ingreso familiar de hasta el 250 % del FPL, elegible para recibir un descuento del 100 % en el saldo adeudado del paciente.
2. Ingreso familiar por encima del 250 %, pero igual o inferior al 300 %, del FPL, elegible para recibir un

descuento del 75 % en el saldo adeudado del paciente.

3. Ingreso familiar por encima del 300 %, pero igual o inferior al 350 %, del FPL, elegible para recibir un descuento del 50 % en el saldo adeudado del paciente.
4. Ingreso familiar por encima del 350 %, pero igual o inferior al 400 %, del FPL, elegible para recibir un descuento del 25 % en el saldo adeudado del paciente.

Para pacientes sin seguro con un ingreso familiar igual o inferior al 600 % del nivel de pobreza federal, OSF ha comparado los descuentos programados más arriba, junto con el descuento por falta de seguro, con el 135 % de la relación entre costos y cargos de OSF y ha aplicado descuentos más que generosos para pacientes.

Asistencia para atención en caso de catástrofe: Los pacientes, o sus garantes, pueden ser elegibles para recibir la asistencia de atención en caso de catástrofe si han incurrido en obligaciones por cuenta propia, después de que se hayan aplicado todas las deducciones, los reembolsos del seguro y los descuentos (incluidos los descuentos disponibles en virtud de esta política de asistencia financiera), que resultasen en que los servicios elegibles brindados por OSF excediesen el 25 % del ingreso familiar.

Los pacientes, o garantes de pacientes, determinados por OSF como elegibles para recibir la asistencia para atención en caso de catástrofe recibirán un descuento sobre sus cargos de OSF en un monto que no exceda el 25 % del ingreso familiar.

Planes de pago: Se espera que se efectúe un pago en su totalidad para los saldos adeudados al momento del primer estado de cuenta del paciente. Si un paciente, o un garante, no puede realizar un pago en su totalidad, se puede ofrecer un plan de pago para los saldos restantes luego de que se hayan otorgado descuentos a los solicitantes elegibles para recibir asistencia financiera. Se establecerá un plan de pago razonable entre OSF y el paciente. El plazo para el plan de pago estará basado en las facturas médicas pendientes del solicitante, el ingreso familiar y las circunstancias atenuantes. De ser aprobado, el plan estará libre de intereses.

Los pacientes son responsables de comunicarle a OSF cuando no pueda cumplirse con un plan de pago acordado. La falta de comunicación por parte del paciente puede ocasionar que se asigne la cuenta a una agencia de cobranza.

OSF se reserva el derecho de revertir la asistencia financiera descrita en el presente documento en el caso de que determine de forma razonable que dichos términos violan cualquier obligación legal o contractual de OSF.

ELEGIBILIDAD PRESUNTA

OSF entiende que no todos los pacientes son capaces de completar la solicitud de asistencia financiera o de cumplir con la documentación requerida. Es posible que haya casos en los que se determine que el paciente califica para recibir la asistencia financiera sin completar la solicitud formal de asistencia financiera.

OSF puede utilizar otra información para determinar si la cuenta del paciente es incobrable, y esta información se utiliza para determinar la elegibilidad presunta.

Puede otorgarse la elegibilidad presunta a pacientes de acuerdo con su elegibilidad para otros programas o con circunstancias de la vida, como se detalla a continuación:

1. Pacientes o garantes que se hayan declarado en quiebra. En casos que involucren quiebra, solo se dará de baja el balance de cuenta a partir de la fecha en que se declare la quiebra.
2. Pacientes o garantes que hayan fallecido sin patrimonio en trámite testamentario.
3. Pacientes o garantes que hayan sido determinados como personas sin hogar.

4. Los pacientes o garantes que califiquen para los programas de State Medicaid (que incluyen, entre otros, WIC, SNAP) son elegibles para recibir asistencia para cualquier obligación de costo compartido asociada con el programa.
5. Pacientes que califiquen para los programas SisterCare o BrotherCare.
6. Cuentas que la agencia de cobro haya determinado que sean incobrables debido a cualquiera de los motivos antes expuestos.
7. Encarcelación, cuando los servicios elegibles son brindados, pero el pago no es responsabilidad de la cárcel o prisión en la que el paciente se encuentra encarcelado.
8. Incapacidad mental, sin nadie que pueda actuar en nombre del paciente.

OSF entiende que ciertos pacientes pueden no responder al proceso de solicitud de OSF. En estas circunstancias, OSF puede utilizar otras fuentes de información para realizar una evaluación individual de las necesidades financieras. Esta información le permitirá a OSF tomar una decisión informada acerca de las necesidades financieras de los pacientes que no respondan, utilizando las mejores estimaciones disponibles en ausencia de información proporcionada directamente por el paciente.

OSF puede utilizar a una tercera parte para llevar a cabo una revisión electrónica de la información del paciente para evaluar las necesidades financieras. Esta revisión utilizará un modelo reconocido por la industria de la atención médica que se basa en las bases de datos de registro público. Este modelo predictivo incorpora la información de registro público para calcular un puntaje de la capacidad socioeconómica y financiera que incluya estimaciones de ingresos, activos y liquidez. La tecnología electrónica está diseñada para evaluar a cada paciente con los mismos estándares, y está calibrada de acuerdo con las aprobaciones pasadas para la asistencia financiera de OSF dentro del proceso tradicional de solicitud.

De ser necesario, se utilizará la tecnología electrónica antes de que una deuda se determine incobrable, después de que se hayan agotados todas las demás fuentes de elegibilidad y pago. Esto le permite a OSF evaluar a todos los pacientes que soliciten asistencia financiera antes de requerir cualquier acción de cobro extraordinaria (ECA) como se describe en la política de facturación y cobro de pagos por cuenta propia de OSF. La información arrojada por esta revisión electrónica conformará una documentación adecuada sobre las necesidades financieras de acuerdo con esta política.

Cuando se utiliza la inscripción electrónica como base para la elegibilidad presunta, se otorgará el máximo nivel de descuento para los servicios elegibles solo para los servicios en fechas retroactivas. Si un paciente no califica dentro del proceso de inscripción electrónica, el paciente todavía puede ser considerado dentro del proceso tradicional de solicitud de asistencia financiera. OSF les entregará a los pacientes que no califiquen para recibir asistencia financiera mediante este proceso una notificación por escrito que les informe que la asistencia financiera se encuentra disponible. Esta notificación incluirá un resumen en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera y de las acciones que deben tomarse si la solicitud no se presenta o si no se paga el saldo pendiente.

Las cuentas de los pacientes a los que se les haya determinado elegibilidad presunta serán reclasificadas de acuerdo con la política de asistencia financiera. No serán enviadas para cobranza, no serán sometidas a más acciones de cobranza, no se les enviará una notificación por escrito de su calificación electrónica, y no serán incluidas en los gastos de deudas incobrables del hospital.

SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA

De acuerdo con las regulaciones de la LEY FEDERAL DE TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA Y TRABAJO DE PARTO ACTIVO (Federal Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA),

OSF brindará, sin discriminación, atención para afecciones médicas de emergencia a:

Personas independientemente de si pueden pagar por la atención o si son elegibles para recibir asistencia financiera. OSF no participará en acciones que desalienten a las personas de obtener atención para afecciones médicas de emergencia, incluidas, entre otras, solicitud de pago o evaluación para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera o información de pago antes de recibir atención por afecciones médicas de emergencia. OSF puede solicitar que el paciente realice pagos de costos compartidos (es decir, copagos) al momento de solicitar el servicio, siempre que dichas solicitudes no causen un retraso o de otro modo interfieran con la provisión, sin discriminación, de atención para afecciones médicas de emergencia.

MONTOS FACTURADOS A PACIENTES ELEGIBLES PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA

El monto generalmente facturado (AGB) es el pago esperado por parte de los pacientes, o del garante del paciente, elegibles para recibir asistencia financiera. Para los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que califiquen, este monto no excederá una tasa que se determinará utilizando un método retroactivo. No se puede facturar a los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera un monto mayor que el AGB por emergencias u otros servicios elegibles.

El método retroactivo se basa en los montos permitidos por Medicare Fee-For-Services junto con todos los reclamos de pago hacia OSF por parte de las aseguradoras de salud privadas. Los reclamos que se deben incluir en los cálculos del AGB son reclamos permitidos durante el año calendario anterior. Los montos para los coseguros, los copagos y los deducibles serán incluidos en el numerador junto con Medicare Fee-For-Service y todos los reclamos de pago de aseguradoras de salud privadas. Los cargos brutos para dichos reclamos están incluidos en el denominador. El AGB se calculará de forma anual. Los porcentajes se aplicarán el día 120 después del fin del año calendario utilizado por OSF para calcular los porcentajes de AGB.

No se espera que los pacientes que sean determinados elegibles para recibir asistencia financiera paguen cargos brutos por los servicios elegibles mientras estén cubiertos por la política de asistencia financiera de OSF.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

La elegibilidad para recibir la asistencia financiera se basa en las necesidades financieras al momento de la solicitud. En general, se requiere documentación para respaldar la solicitud de asistencia financiera. Si no se proporciona la documentación apropiada, OSF puede solicitar información adicional.

Se requiere evidencia confiable para sustentar la necesidad de asistencia financiera.

Se requiere uno de los siguientes por parte de los pacientes, o sus garantes, para determinar la elegibilidad en función del ingreso familiar:

1. copia de la declaración de impuestos federales, y todos los anexos adjuntos, del año fiscal más reciente;
2. los formularios W-2 y 1099 más recientes;
3. prueba actual de Ingresos (copia de los últimos dos recibos de sueldo) o una verificación de ingresos por escrito por parte del empleador en caso de que dichos ingresos se paguen en efectivo;
4. prueba de otros ingresos, lo que incluye desempleo, indemnización de los trabajadores, pensión alimenticia, ingresos por fideicomisos, beneficios de veteranos;
5. resúmenes bancarios actuales.

Si un paciente no es capaz de proporcionar cualquiera de los documentos listados arriba, OSF trabajará junto con el paciente para determinar si hay otra forma aceptable de documentar el ingreso familiar.

Las solicitudes de asistencia financiera pueden ser presentadas hasta 240 días después de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta. Si una solicitud se encuentra incompleta, o se ha requerido información adicional, la solicitud permanece activa por 30 días a partir de la fecha en que se envíe por correo al solicitante la carta donde se requiere esta información. Si el solicitante no responde dentro de un marco de tiempo de 30 días, la solicitud será denegada a menos que el solicitante cumpla una de las categorías de no respuesta identificadas más arriba.

Durante el período en el que se revisa la solicitud de asistencia financiera (Financial Assistance Application, FAA) completada en su totalidad, se suspenderán todos los procedimientos de cobranza. La FAA será documentada en el expediente del paciente o escaneada, y se tomará nota de la cuenta. El proceso normal de facturación continúa mientras se revisa y considera la FAA. Si una FAA completa, que cumpla con todas las formas, es aprobada por el Socio de Misión de OSF correspondiente, se anotará en el expediente del paciente, y se ajustará el balance de cuenta con el código apropiado. Las solicitudes de asistencia financiera deben enviarse de la siguiente forma:

Por correo postal a: OSF HealthCare Patient Financial Services PO Box 1701

Peoria, IL 61656-1701

En línea a: OSFHealthCare.org/billing/financial-assistance/ Por fax: (309) 308-3963

Si se rechaza la asistencia financiera, el paciente, o garante del paciente, puede volver a solicitar cada vez que se produzca un cambio en los ingresos o su situación.

Se les exige a todos los pacientes que soliciten asistencia financiera en virtud de esta FAP que certifiquen que toda la información proporcionada por el paciente a OSF sea verdadera. Si cualquier información proporcionada por el paciente resulta ser falsa, cualquier asistencia financiera otorgada al paciente puede ser revocada, y el paciente será responsable de pagar los cargos brutos de OSF.

Además, los pacientes deben informar a OSF de cualquier cambio sustancial en la situación financiera del paciente que tenga lugar durante el período de calificación que pueda afectar la determinación de la asistencia financiera dentro de un plazo de treinta (30) días a partir de la fecha del cambio. Si el paciente no da a conocer una mejora material en el ingreso familiar, esto puede dejar sin efecto cualquier disposición de la asistencia financiera de OSF luego de que la mejora material tuviere lugar.

DETERMINACIONES, APELACIONES Y RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Los pacientes deben ser notificados por escrito de la decisión en cuanto a su FAP dentro de un plazo de treinta (30) días a partir de la fecha en que se presenta la solicitud completa. A los solicitantes que hayan sido determinados elegibles para recibir la asistencia financiera se les reembolsarán los pagos que excedan el monto que el paciente o garante haya determinado que adeudaba, en las

cuentas para las que se le otorgue asistencia en virtud de esta política de asistencia financiera. Los reembolsos aplican a pagos en exceso de \$5 o más. De acuerdo con lo dispuesto en esta política, no suele extenderse la asistencia financiera para copagos o balances posteriores al seguro cuando el paciente no logra obtener una derivación o autorización apropiada, o si dicha asistencia no se corresponde con lo dispuesto en el acuerdo contractual de la aseguradora, por lo que dichos pagos recibidos no serán reembolsados.

Los pacientes pueden apelar esta decisión por escrito en un plazo de 30 días a partir de la fecha en la que reciban la notificación, en la siguiente dirección:

OSF HealthCare

Patient Financial Services

PO Box 1701

Peoria, IL 61656-1701

Las apelaciones deben ser presentadas dentro de un plazo de 30 días a partir de la fecha en que se toma la decisión original. El vicepresidente sénior (SVP) o el designado de Ciclo de Ingresos revisará la apelación para una mayor consideración. Las decisiones del vicepresidente sénior o del designado son definitivas.

PERÍODO DE CALIFICACIÓN

Si se determina que un solicitante es elegible para recibir la asistencia, OSF otorgará la asistencia financiera por un período de 12 meses a partir de la fecha de solicitud. La asistencia financiera también se aplicará de forma retroactiva a todas las facturas impagas para las cuentas elegibles incurridas por los servicios recibidos durante el período de solicitud. A ningún paciente se le denegará la asistencia por no haber proporcionado información o documentación que no haya sido requerida en la solicitud.

NOTIFICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

La información acerca de la política de asistencia financiera de OSF y las instrucciones sobre cómo ponerse en contacto con OSF para conseguir asistencia y más información, así como también información acerca de las opciones de pago, serán publicadas en las áreas de registro y admisión de los hospitales y clínicas, y en el departamento de emergencias del hospital. Los coordinadores financieros también pueden brindarle esta información a través de la organización.

La política de asistencia financiera de OSF, la solicitud y el resumen de la FAP redactado en un lenguaje sencillo estarán disponibles en el sitio web del sistema en <https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance/>. Esta información también está disponible, de forma gratuita, llamando al (800) 421-5700. Si necesita ayuda para completar la solicitud de asistencia financiera, puede llamar al (800) 421-5700 para hablar con un coordinador financiero.

La información acerca de la política de asistencia financiera de OSF se comunicará a los pacientes en un lenguaje culturalmente apropiado. La información sobre la asistencia financiera, y la notificación publicada en los hospitales y clínicas, se encontrará traducida y en el idioma principal hablado por 1000 residentes (o el 5 %) en el área de servicio.

Además, OSF incluye referencias a las políticas de pago y asistencia financiera en todas las cartas impresas de forma mensual sobre estados de cuenta y cobros de los pacientes. La información acerca de la política de asistencia financiera de OSF se encuentra disponible, en todo momento, previa solicitud del paciente.

FALTA DE PAGO DE LOS BALANCES DE PAGOS POR CUENTA PROPIA

La política de facturación y cobro de pagos por cuenta propia de OSF describe las acciones que puede llevar a cabo OSF en caso de que haya falta de pago de los balances de pagos por cuenta propia. Los pacientes o sus garantes pueden obtener una copia de la política de facturación y cobro de pagos por cuenta propia de OSF en el sitio web: <https://www.osfhealthcare.org/billing/>

REQUISITOS REGULATORIOS

OSF cumple con todas las leyes, reglas y regulaciones federales, estatales y locales, y con todos los requisitos de informes que puedan corresponder a las actividades realizadas de acuerdo con esta política. Esta política requiere que OSF haga un seguimiento de la asistencia financiera brindada para asegurar un informe preciso. La información sobre la asistencia financiera brindada de acuerdo con esta política será informada, según se requiere, anualmente en el Formulario 990, Anexo H, del IRS, en el Informe de Asistencia Financiera del Hospital de la Oficina del Procurador General de Illinois al mismo tiempo que cada hospital presenta su Informe de Beneficios Comunitarios, y en el Informe de Beneficios Comunitarios ante el Procurador General de Michigan.

MANTENIMIENTO DEL REGISTRO

OSF documentará toda la Asistencia Financiera con el fin de mantener los controles adecuados y cumplir con todos los requisitos de cumplimiento, tanto internos como externos.

REFERENCIAS:

1. Política de Facturación y Cobro de Pago por cuenta propia
2. Lineamientos Federales de Pobreza, Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos
3. Notificación 2015-46 del IRS y 29 del CFR §§1.501(r) (4) – (6)
4. 42 C.F.R. § 413.89
5. 26 CFR 250 (31 de diciembre de 2014) p78954-79016
6. Ley Michigan Saludable (Healthy Michigan Law)
7. 21 del CFR 501(r)-6(c)(6)(i)(C)(2) – Reembolso de pagos en exceso
8. Ley de Bienestar Social de Michigan (Michigan Social Welfare Act). MCL 400.105d(2). (14 de marzo de 2014). <http://www.legislature.mi.gov/>
9. Ley de Facturación Justa a los Pacientes de Illinois (Illinois Fair Patient Billing Act). 210 ILCS 88. (1 de enero de 2007). <https://www.ilga.gov/legislation/ilcs/ilcs3.asp?ActID=2798&ChapterID=21>
10. Ley de Descuentos para Pacientes Sin Seguro de Illinois (Illinois Uninsured Discount Act). 210 ILCS 89. (22 de diciembre de 2008). <https://www.ilga.gov/legislation/ilcs/ilcs3.asp?ActID=3001&ChapterID=21>

ADJUNTOS:

1. Apéndice 1: Formulario de solicitud de asistencia financiera
2. Apéndice 2: Proveedores y departamentos cubiertos
3. Apéndice 3: Porcentajes de los montos generalmente facturados (AGB)

4. Apéndice 4: Relaciones entre costos y cargos por centro
5. Apéndice 5: Descuento para pacientes sin seguro
6. Apéndice 6: Lista de entidades de OSF

Esta política se encuentra en vigencia para OSF HealthCare System, OSF HealthCare Foundation y todas las subsidiarias y todas las filiales de OSF HealthCare System, excepto aquellas que se encuentran limitadas en el encabezado o cuerpo de esta política. A los fines de esta política, los términos "subsidiarias" y "filiales" significan instalaciones o entidades que sean propiedad total de OSF HealthCare System o que estén bajo el control total de OSF HealthCare System. Los hospitales cubiertos por esta política son los siguientes:

		Nombres según lo listado por Medicare:
X	OSF St. Mary Medical Center	ST. MARY MEDICAL CENTER
X	OSF Saint Francis Medical Center	SAINT FRANCIS MEDICAL CENTER
X	OSF Saint James – John W. Albrecht Medical Center	SAINT JAMES HOSPITAL
X	OSF St. Joseph Medical Center	ST. JOSEPH MEDICAL CENTER
X	OSF Saint Anthony’s Health Center	OSF HEALTHCARE SYSTEM
X	OSF Saint Anthony Medical Center	SAINT ANTHONY MEDICAL CENTER
X	OSF St. Francis Hospital & Medical Group	ST. FRANCIS HOSPITAL
X	OSF Holy Family Medical Center	OSF HEALTHCARE SYSTEM
X	OSF Saint Elizabeth Medical Center	OTTAWA REGIONAL HOSPITAL & HEALTHCARE CENTER
X	OSF Saint Luke Medical Center	OSF HEALTHCARE SYSTEM
X	OSF Saint Paul Medical Center	MENDOTA COMMUNITY HOSPITAL
X	OSF Heart of Mary Medical Center	OSF HEALTHCARE SYSTEM
X	OSF Sacred Heart Medical Center	OSF HEALTHCARE SYSTEM
X	OSF Little Company of Mary Medical Center	OSF HEALTHCARE SYSTEM
X	OSF Saint Clare Medical Center	OSF HEALTHCARE SYSTEM

Adjuntos

[Apéndice 1: Formulario de solicitud de asistencia financiera](#)

[Apéndice 2: Proveedores y departamentos cubiertos](#)

[Apéndice 3: Porcentajes de los montos generalmente facturados \(AGB\)](#)

[Apéndice 4: Relaciones entre costos y cargos por centro](#)

[Apéndice 5: Descuento para pacientes sin seguro](#)

Apéndice 6: Lista de entidades de OSF

Firmas de aprobación

Descripción de la etapa	Aprobado por:	Fecha
Capacitación/Comunicación	Kimberly Brust: Directora de la Oficina de Facturación Única	4/20/2022
Junta de Directores	Danielle McNear: Asistente Ejecutiva	4/19/2022
Comité Ejecutivo de Dirección	Coordinador de Políticas Clínicas: Michael Theisen [MT]	3/24/2022
Presidente, OSF Healthcare	Hermana Diane Marie: Hermana- Presidente	2/23/2022
Consejo Regulatorio/de Políticas	Michael Theisen: Especialista en Documentación de Recursos	2/23/2022
Director Financiero	Michael Allen: Director Financiero	2/8/2022
SVP de Ciclo de Ingresos	Laurie Hurwitz: SVP de Ciclo de Ingresos/Atención Médica Administrada	2/8/2022
VP de Cuentas de Pacientes	Rene Utley: VP de Cuentas de Pacientes	2/7/2022
Notificación	Kimberly Brust: Directora de la Oficina de Facturación Única	2/7/2022