

Política y Manual de Procedimientos de University of Chicago Medical Center

Política de asistencia económica y cobranza al paciente

Política: A01-22

Fecha de emisión: diciembre de 2006

Actualizado: mayo de 2016, julio de 2019, febrero de 2020, octubre de 2020

Revisado: mayo de 2016, julio de 2019, febrero de 2020

PROPÓSITO:

University of Chicago Medical Center (UCMC) es un hospital sin fines de lucro, exento de impuestos, con la misión caritativa de dar atención médica a los pacientes, incluyendo aquellos con desventajas económicas. De acuerdo con este compromiso, UCMC desarrolló esta Política de asistencia económica (la Política) para identificar y ayudar a los pacientes que no tienen medios para pagar la atención de emergencia y médicamente necesaria que da UCMC.

POLÍTICA:

Un paciente de UCMC será elegible para la asistencia económica según esta Política para la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria en cualquiera de los siguientes casos:

- (1) el paciente
 - (i) demuestra necesidad financiera;
 - (ii) es un paciente sin seguro o con seguro insuficiente;
 - (iii) presenta la solicitud, pero es considerado no elegible para la asistencia gubernamental (como, Medicaid); y
 - (iv) cumple sus responsabilidades establecidas en esta Política, incluyendo cooperar con UCMC en dar la información solicitada;
- (2) UCMC, de acuerdo con esta Política, hace la determinación administrativa de que la asistencia económica es adecuada.

Esta Política no se aplica a pacientes internacionales, incluyendo los pacientes que llegan a UCMC mediante el Center for International Patients.

El vicepresidente de finanzas o sus designados revisarán la política de asistencia económica de forma periódica, al menos una vez al año.

DEFINICIONES:

Médicos afiliados significa médicos empleados por filiales de UCMC, incluyendo UCM Care Network Medical Group, Inc. y UCMC Community Physicians LLC. Dichos médicos afiliados son médicos independientes y no son empleados ni agentes de UCMC ni de University of Chicago.

Ingresos familiares significa la suma de los ingresos anuales de una familia y los beneficios en efectivo de todas las fuentes antes de impuestos, menos los pagos hechos por manutención de menores. Algunos ejemplos de ingresos familiares incluyen salarios, fallos del tribunal, subsidio de desempleo e ingresos por inversiones.

Tamaño de la familia significa el número de personas incluidas en el “estado civil para fines de la declaración” en la declaración de impuestos más reciente del paciente o el garante del paciente. Si no hay una declaración de impuestos disponible, el tamaño de la familia será el número de personas que viven en la casa del paciente o del garante del paciente. Si otra persona reclama al paciente o al garante del paciente como dependiente en su declaración de impuestos, entonces el tamaño de la familia puede incluir a los miembros del grupo familiar de la persona que reclama la dependencia.

Cargos brutos son los cargos de UCMC por sus servicios antes de cualquier descuento o deducción. Los cargos brutos se basan en las tarifas de la lista maestra de precios de UCMC.

Servicios de atención médica significa cualquier servicio de atención hospitalaria de emergencia o médicamente necesaria para pacientes hospitalizados o ambulatorios, y servicios de médicos proporcionados por UCPG y médicos afiliados, prestados en instalaciones de UCMC para pacientes hospitalizados o ambulatorios para una cita/ingreso específico, incluyendo productos farmacéuticos o suministros dados por UCMC a un paciente durante esa cita/ingreso. El Anexo 4 de esta Política es una lista completa de los centros para pacientes hospitalizados y ambulatorios de UCMC.

Médicamente necesario significa cualquier servicio hospitalario para pacientes hospitalizados o ambulatorios, incluyendo honorarios médicos, productos farmacéuticos o suministros proporcionados por UCMC a un paciente, que sea adecuado y necesario para el diagnóstico o tratamiento de una condición médica; se dé para el diagnóstico, atención directa y tratamiento de una condición médica; cumpla las normas de la buena práctica médica, y no sea principalmente para la conveniencia del paciente o el médico. Un servicio médicamente necesario no incluye ninguno de los siguientes: (i) servicios no médicos, como servicios sociales y vocacionales; o (ii) cirugía plástica electiva, pero no cirugía plástica diseñada para corregir una desfiguración causada por una lesión, enfermedad, o deformidad o defecto congénito.

Saldo adeudado del paciente significa la cantidad que el paciente le debe a UCMC después de que todos los pagadores ya cumplieron sus obligaciones de pago. Para los pacientes con seguro, el saldo adeudado del paciente es la cantidad restante después de aplicar el descuento negociado de la aseguradora y los pagos de la aseguradora. Esto incluye a los pagadores gubernamentales. Para los pacientes con otros arreglos de pago, el saldo adeudado del paciente es la cantidad restante después de haber hecho el pago inicial.

Garante del paciente significa cualquier persona aparte del paciente que sea responsable de pagar las facturas del paciente. Las determinaciones de elegibilidad y las obligaciones de los pacientes según esta Política también se aplican a los garantes de los pacientes.

Resumen en lenguaje simple significa una declaración por escrito que le informa a una persona que UCMC da asistencia económica e incluye la siguiente información adicional en un lenguaje claro, conciso y fácil de entender: (i) una descripción breve de los requisitos de elegibilidad y la asistencia que se ofrece según esta Política; (ii) un resumen breve de cómo pedir asistencia según esta Política; (iii) la dirección del sitio web (o URL) y cualquier lugar físico donde se pueden obtener copias de esta Política y de la solicitud de asistencia económica; (iv) instrucciones de cómo obtener una copia gratis de esta Política y del formulario de solicitud de asistencia económica por correo; (v) información de contacto, incluyendo el teléfono y la dirección de la oficina o el departamento que puede dar información de esta Política y del proceso de solicitud; (vi) disponibilidad de traducciones de esta Política, del formulario de solicitud de asistencia económica y del Resumen en lenguaje simple; y (vii) una declaración de que a ningún paciente que es elegible para la asistencia económica se le puede cobrar más de la cantidad generalmente facturada (definida abajo) por servicios de atención médica.

UCPG significa médicos empleados por la División de Ciencias Biológicas de University of Chicago.

Paciente con seguro insuficiente significa un paciente de UCMC que tiene cobertura de una póliza de seguro médico (incluyendo un pagador gubernamental, como Medicare o Medicaid), pero para quien (i) la cantidad o el tipo de cobertura de beneficios no cubre los cargos de la atención dada, (ii) la aseguradora no tiene un contrato con UCMC, o (iii) ya se excedieron los límites de la póliza de seguro.

Paciente sin seguro significa un paciente de UCMC que no tiene cobertura de una póliza de seguro médico y que no es un beneficiario de un plan de seguros público o privado, beneficio médico u otro programa de cobertura médica, incluyendo, entre otros, plan de seguro médico de deducible alto, compensación de los trabajadores, seguro de responsabilidad por accidentes u otro seguro de responsabilidad por daños a terceros.

PROCEDIMIENTO:

I. Atención benéfica/asistencia económica

1. Criterios de elegibilidad.

- A. Hay tres formas en las que un paciente puede ser elegible para asistencia económica:
- i. mediante una determinación de que los ingresos familiares del paciente están en o por debajo de cierto porcentaje de las directrices federales de pobreza (descuento basado en los ingresos);
 - ii. mediante una determinación de que los gastos del paciente por servicios de atención médica exceden cierto porcentaje de los ingresos familiares anuales del paciente (descuento por indigencia médica); o
 - iii. si UCMC se entera de algunas circunstancias del paciente que, por su naturaleza, indican que el paciente es indigente (descuento por elegibilidad posible) (consulte la sección 2 abajo).

B. Descuento basado en los ingresos

- i. La elegibilidad para el descuento basado en los ingresos se determina según los ingresos familiares y el tamaño de la familia del paciente. Los pacientes con ingresos familiares de no más del 600% de las directrices federales de pobreza para el año en curso pueden ser elegibles para el descuento basado en los ingresos para todos los servicios de atención médica, así:
 - a) Para los pacientes cuyos ingresos familiares son del 200% de las directrices federales de pobreza o menos, el descuento será el 100% del saldo adeudado total del paciente.
 - b) Para los pacientes cuyos ingresos familiares son del 201% al 600% de las directrices federales de pobreza o menos, el descuento será el 80% del saldo adeudado total del paciente.
- ii. El descuento basado en los ingresos se aplica (1) a todas las cantidades previas de saldo adeudado del paciente por servicios de atención médica sin que importe la fecha de los cargos, y (2) a todas las cantidades de saldo adeudado del paciente por servicios de atención médica prestados durante un año desde la fecha de aprobación de la asistencia económica, a menos que se determine antes de que finalice un año que el paciente ya no califica para este descuento basado en los ingresos. Un paciente que recibe el descuento basado en los ingresos puede volver a solicitarlo en cualquier momento para extender el descuento por más de un año.

- iii. Un paciente que recibe menos del 100% de descuento puede presentar una solicitud de asistencia económica completa dando más información en cualquier momento para pedir un descuento mayor.
- iv. Los descuentos basados en los ingresos, que se adjuntan a esta Política como Anexo 1, son revisados por el Departamento de Finanzas todos los años.

C. Descuento por indigencia médica

- i. Un paciente no tiene que pagar más del 20% de sus ingresos familiares por todos los servicios de atención médica dados por UCMC en un período de 12 meses. El descuento por indigencia médica se aplica a cualquier paciente cuyo saldo adeudado por servicios de atención médica excede el 20% de sus ingresos familiares en el año en el que el paciente recibió la atención. Consulte el Anexo 1 para ver ejemplos del descuento por indigencia médica.
- ii. A un paciente que le informa a UCMC que su saldo adeudado excede el 20% de sus ingresos familiares se le hace una evaluación de elegibilidad según el procedimiento de Determinaciones de elegibilidad de la sección 3. Si UCMC determina que el saldo adeudado total del paciente por todos los servicios de atención médica excede el 20% de los ingresos familiares del paciente, entonces la cantidad que excede el 20% de los ingresos familiares se descontará a cero.
- iii. El descuento por indigencia médica se aplica a todos los servicios de atención médica comenzando con el primer episodio de servicios para los que el paciente pide el descuento. El descuento continúa por un año después de la fecha de inicio. Para que UCMC determine la cantidad máxima que se le puede cobrar a un paciente elegible durante un período de 12 meses, el paciente debe informarle a UCMC en futuros ingresos como paciente hospitalizado o en citas como paciente ambulatorio que previamente se determinó que tiene derecho al descuento por indigencia médica.
- iv. Para determinar el saldo de la cuenta del paciente que se va a descontar, se combinan los saldos adeudados a UCMC y UCPG o a los médicos afiliados en el episodio de atención médica para determinar si se llegó al umbral del 20%. Cualquier cantidad descontada se aplicará de forma prorrateada a los saldos de UCMC y UCPG o médicos afiliados.

D. **Aplicabilidad de descuentos múltiples.** Ningún paciente puede recibir el descuento basado en los ingresos y el descuento por indigencia médica. En cambio, UCMC aplicará el mejor de los dos descuentos. Si un paciente califica para cualquier otro tipo de asistencia aprobada por el Departamento de Finanzas y el paciente califica para el descuento basado en los ingresos o el descuento por indigencia médica, recibirá la mejor de las cantidades de descuento, y el descuento se considerará asistencia económica según esta Política.

E. **Circunstancias especiales.** UCMC comprende que pueden existir circunstancias especiales en la vida de un paciente que crean dificultades económicas y otros retos económicos que afectan la capacidad de un paciente para pagar la parte de los gastos de servicios de atención médica restantes después de aplicar el descuento basado en los ingresos o el descuento por indigencia médica. UCMC puede tomar en cuenta los bienes, las obligaciones y los gastos de un paciente, y puede identificar si existen circunstancias especiales que justifiquen aplicar un descuento mayor que el que el paciente normalmente tendría derecho a recibir.

2. Elegibilidad posible para asistencia económica.

A. Un paciente sin seguro se considerará posiblemente elegible para un descuento del 100% del saldo adeudado del paciente (descuento por elegibilidad posible) para un episodio de atención, si UCMC determina que se aplican uno o más de los siguientes criterios (no se pedirá ninguna otra constancia de ingresos):

- i. el paciente no tiene casa;
- ii. el paciente falleció y no tiene patrimonio;
- iii. incapacidad mental sin nadie que actúe en nombre del paciente;
- iv. elegibilidad para Medicaid, pero no en la fecha del servicio o para un servicio no cubierto;
- v. inscripción en los siguientes programas de asistencia para personas de bajos ingresos con criterios de elegibilidad al o por debajo del 200% de las directrices federales de pobreza:
 - a) Programa de Nutrición para Mujeres Bebés y Niños (WIC);
 - b) Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP);
 - c) Programa de Desayuno y Almuerzo Gratis de Illinois;
 - d) Programa de Asistencia para Energía de Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP);

- e) inscripción en un programa comunitario organizado que ofrece acceso a atención médica que evalúa y documenta la situación económica de bajos ingresos limitados como un criterio para membresía; o
 - f) recepción de asistencia de subsidio para servicios médicos.
- B. UCMC determina si un paciente califica para el descuento por elegibilidad posible mediante otras fuentes distintas a una solicitud de asistencia económica completada, incluyendo, entre otros, información en el expediente médico, el expediente de inscripción del paciente o el expediente de la cuenta de facturación, o mediante servicios de evaluación de terceros.
- C. UCMC determina si un paciente califica para el descuento por elegibilidad posible en cada episodio de atención; dicha determinación no se aplica a los servicios de atención médica que se prestan en episodios de atención futuros. UCMC le informará al paciente que se determinó elegible para el descuento por elegibilidad posible.

3. Determinaciones de elegibilidad.

- A. Solicitud de asistencia pública. Todos los pacientes que pidan asistencia económica primero deben solicitar cobertura bajo los programas públicos, como Medicare, Medicaid, AllKids, el Programa Estatal de Seguro Médico Infantil, o cualquier otro programa público aplicable. UCMC pospondrá la determinación final de asistencia económica según esta Política hasta después de que el paciente haya recibido una determinación de su solicitud de asistencia pública.
- B. Determinación automatizada de elegibilidad
- i. Los pacientes que piden, o que de otra manera indican la necesidad de asistencia económica, serán evaluados para determinar la elegibilidad. UCMC usa un servicio de evaluación, similar a una verificación de crédito, que revisa la documentación de terceros para hacer una determinación de elegibilidad. Además de la evaluación automatizada, un representante de Servicios Financieros para Pacientes hablará por teléfono con el paciente para pedirle más información de su situación económica al momento de pedir la asistencia económica o en cualquier otro momento en que se necesite más información para hacer la determinación de elegibilidad. Si se determina que un paciente es elegible para recibir asistencia económica de menos del 100% de descuento, UCMC le informará al paciente la base de la determinación y la forma en que el paciente puede pedir una asistencia más generosa (consulte el Proceso de solicitud de asistencia financiera abajo). Los pacientes tendrán al menos 30 días para pedir asistencia más generosa

antes de que UCMC comience las actividades de cobro. Entonces, UCMC determinará si el paciente es elegible para un descuento más generoso sobre la base de la información dada por el paciente en la solicitud y los documentos de respaldo.

- ii. En lugar de esta evaluación automatizada, un paciente que pide asistencia económica puede presentar una solicitud de asistencia económica y documentos de respaldo a Servicios Financieros para Pacientes de UChicago Medicine (consulte el Proceso de solicitud de asistencia económica abajo).

C. Proceso de solicitud de asistencia económica

- i. Como alternativa al proceso automatizado o para ser considerado para un descuento basado en los ingresos o un descuento por indigencia médica más generoso que el ofrecido según la determinación de elegibilidad automatizada, un paciente puede completar una solicitud de asistencia económica y presentarla junto con los documentos de apoyo solicitados a Servicios Financieros para Pacientes de UChicago Medicine. UCMC también puede pedir que un paciente presente una solicitud de asistencia económica si no puede hacer una determinación de elegibilidad sobre la base del proceso automatizado. Para respaldar una solicitud de asistencia económica, el solicitante debe:

- a) Presentar documentación de ingresos familiares. Si un paciente no puede presentar alguno de los documentos que se mencionan abajo, UCMC trabajará con el paciente para determinar si hay otra forma aceptable de documentar los ingresos familiares. Los documentos aceptables de ingresos familiares incluyen uno o más de los siguientes:

- una copia de la declaración de impuestos más reciente;
- una copia de los formularios W-2 y 1099 más recientes;
- copias de los 2 comprobantes de pago más recientes; o
- verificación de ingresos por escrito de un empleador si recibe el pago en efectivo.

- b) Certificar la existencia de los bienes propiedad del paciente y dar documentación del valor de dichos bienes. Si no existe una verificación de terceros, el paciente deberá certificar el valor estimado del bien.

- ii. Si un paciente presenta una solicitud de asistencia económica incompleta, UCMC le dirá cómo completarla y le dará 30 días más para hacerlo.
 - iii. Aunque un paciente no cumpla el proceso de solicitud, sí recibirá cualquier descuento basado en los ingresos o por indigencia médica para el que se determinó la elegibilidad según el proceso automatizado, y todavía puede ser elegible para el descuento por elegibilidad posible.
- D. UCMC anima a los pacientes a que pidan la asistencia económica lo más pronto posible. Sin embargo, un paciente puede pedir que se analice su caso en cualquier momento después de que haya acumulado un saldo pendiente; UCMC evaluará la elegibilidad del paciente según esta Política hasta e incluyendo durante la fase de cobro. Si un paciente no califica inicialmente para la asistencia económica, puede volver a pedirla para indicar un cambio en las circunstancias o para dar más documentos que respalden la elegibilidad para la asistencia económica.
- E. Las obligaciones de UCMC para con un paciente individual según esta Política se cancelan si ese paciente, de forma irrazonable, no cumple o se niega a darle a UCMC la información o documentación solicitada, le da a UCMC información o documentación falsa, o no pide cobertura bajo los programas públicos cuando se le pide que lo haga conforme a este documento dentro de un plazo de 30 días desde la solicitud de UCMC de hacerlo.
- F. UCMC no negará la asistencia económica sobre la base del incumplimiento del solicitante de dar información o documentación que no se menciona en esta Política o en la solicitud de asistencia económica. UCMC no basará su determinación de que un paciente no es elegible para asistencia económica en (1) información que razonablemente crea que no es confiable o es incorrecta, o (2) una renuncia firmada por el paciente (por ejemplo, una declaración de que el paciente no quiere pedir asistencia económica ni recibir información de la disponibilidad de asistencia económica). UCMC no usará coacción ni medidas coercitivas para obtener información de un paciente, incluyendo retrasar o denegar atención médica de emergencia hasta que el paciente dé la información solicitada para determinar si es elegible para la asistencia económica.
- G. Un paciente debe informar a UCMC si sus circunstancias económicas cambian de manera significativa mientras recibe asistencia según esta Política.

4. Aviso de elegibilidad para asistencia económica.

- A. UCMC le informará al paciente de su determinación de elegibilidad por escrito dentro de un plazo de 30 días a partir de la fecha en que se hace la determinación de elegibilidad mediante una evaluación automatizada o de que

el paciente presenta una solicitud completada. Si se determina que un paciente es elegible para el descuento basado en los ingresos o el descuento por indigencia médica, UCMC le dará una carta de respuesta y un estado de cuenta de facturación que incluye (1) la cantidad que el paciente debe por la atención médica, (2) cómo se determinó esa cantidad, (3) si el descuento es menor que el 100%, cómo el paciente puede solicitar asistencia más generosa, y (4) cómo la persona puede obtener información de la cantidad generalmente facturada por la atención.

- B. UCMC reembolsará al paciente o al garante del paciente cualquier cantidad que haya pagado por la atención médica que exceda la cantidad a pagar después de aplicar el descuento, a menos que dicha cantidad en exceso sea menos de \$5 (o cualquier otra cantidad establecida por un aviso u otra guía publicada en el Boletín de Rentas Internas).
- C. Si la cuenta del paciente se envió a una agencia de cobros, UCMC le informará a la agencia de cobros sobre el descuento y le pedirá a dicha agencia que reduzca el saldo a pagar del paciente, y si no hay saldo adeudado restante del paciente, eliminará la cuenta del paciente de la agencia de cobros.

5. Cantidades cobradas a los pacientes.

- A. Cálculo del saldo adeudado del paciente. Un paciente puede pedir un cálculo por escrito de los costos de los servicios de atención médica del paciente, que incluirán la cantidad estimada que la aseguradora del paciente cubrirá, dejando un saldo adeudado estimado del paciente. Como esto es un cálculo, UCMC no puede garantizar que el saldo adeudado real del paciente será igual que el cálculo.
- B. Cálculo de los cargos brutos y el saldo adeudado del paciente. Los cargos brutos de UCMC a los pacientes y las aseguradoras son sus tarifas de la lista maestra de precios. Si un paciente tiene seguro u otra fuente de cobertura, entonces los cargos brutos se envían a cualquier pagador identificado por el paciente. Los pagadores incluyen pagadores privados (como compañías de seguro médico, seguros de compensación de los trabajadores, aseguradoras de responsabilidad civil), pagadores gubernamentales (como Medicare y Medicaid) y cualquier otro tercero que tenga la obligación legal de pagar los servicios de atención médica del paciente. Los descuentos para los que un paciente califica según esta Política se aplican al saldo adeudado del paciente, que queda después de que todos los pagadores han pagado y se ha aplicado cualquier descuento negociado con terceros. Si un paciente no tiene seguro ni otra fuente de cobertura, entonces los cargos brutos por los servicios de atención médica son iguales al saldo adeudado del paciente. Consulte el Anexo 1 para ver ejemplos de cómo se aplican los descuentos.

C. Límites de los cargos

- i. Salvo como se indica abajo, el saldo adeudado del paciente para pacientes que son elegibles para asistencia económica según esta Política no será mayor que la cantidad generalmente facturada (Amount Generally Billed o AGB). La AGB representa la cantidad promedio que suelen pagar los seguros médicos por servicios prestados por UCMC. En el Anexo 2 de esta Política se incluye una explicación detallada del cálculo de la AGB y del porcentaje actual de la AGB de UCMC, que se actualiza anualmente.
- ii. El porcentaje de la AGB se aplica a los cargos brutos por los servicios de atención médica para determinar la cantidad máxima que se espera que un paciente pague como desembolso directo.
- iii. El requisito de que la cantidad facturada no exceda la AGB (cuando corresponde) es diferente de los descuentos que se aplican según esta Política. Los descuentos se aplican al saldo adeudado del paciente, y a un paciente que es elegible para la asistencia económica se le facturará la menor de la AGB por los servicios de atención médica o el saldo adeudado del paciente con descuento.
- iv. UCMC solo facturará a los pacientes que son elegibles para la asistencia económica en una cantidad mayor que la AGB para servicios de atención médica en las siguientes circunstancias:
 - a) El cobro en exceso de la AGB no se hizo o no se pidió como una condición previa para dar la atención médicamente necesaria a una persona que tenía derecho a asistencia económica (por ejemplo, pedir un pago por adelantado antes de dar la atención médicamente necesaria); y
 - b) Al momento del cobro, no se ha determinado si el paciente es elegible para recibir asistencia económica por la atención. Si más adelante se determina que el paciente es elegible para la asistencia económica por la atención, UCMC reembolsará al paciente o al garante del paciente cualquier cantidad que haya pagado por la atención que supere el saldo adeudado del paciente después de aplicar el descuento o la AGB, a menos que dicha cantidad en exceso sea menos de \$5 (o cualquier otra cantidad establecida por un aviso u otra guía publicada en el Boletín de Rentas Internas).

6. Aviso de las opciones de asistencia económica de UCMC.

- A. El personal y los empleados de UCMC deben remitir a los pacientes que buscan asistencia económica a un consejero financiero para poder hacer una determinación de la elegibilidad de asistencia económica.
- B. UCMC se encargará de que esta Política, la solicitud de asistencia económica y el Resumen en lenguaje simple sean fáciles de obtener de las siguientes maneras:
 - i. Publicando en el sitio web de UCMC, y cuando lo pidan, dándoles a las personas instrucciones para acceder a dicha información en línea;
 - ii. Dando copias impresas de esta Política, de la solicitud de asistencia económica y del Resumen en lenguaje simple cuando lo pidan y sin costo, tanto por correo como en los centros públicos que se mencionan en el Anexo 3;
 - iii. A los pacientes que reciben atención médica de UCMC, (1) entregando una copia de esta Política; (2) ofreciendo una copia impresa del Resumen en lenguaje simple como parte del proceso de ingreso o alta; (3) incluyendo un aviso por escrito visible en los estados de cuenta de facturación sobre la disponibilidad de asistencia económica según esta Política, incluyendo el teléfono del Departamento de Servicios Financieros a Pacientes de UCMC; y (4) colocando publicaciones visibles (u otras medidas razonablemente planeadas para atraer la atención de los pacientes) de esta Política (incluyendo los lugares que se mencionan en el Anexo 3); y
 - iv. Avisando e informando a los miembros de la comunidad a la que UCMC atiende sobre esta Política de una manera razonablemente planeada para llegar a aquellos miembros que tienen más probabilidades de necesitar asistencia económica.
- C. Esta Política, la solicitud de asistencia económica y el Resumen en lenguaje simple estarán disponibles en español. UCMC también puede ofrecer servicios de traducción necesarios para completar la solicitud de asistencia económica.
- D. La información de contacto y el lugar para obtener la solicitud de asistencia económica y el Resumen en lenguaje simple se identifican en el Anexo 3.

7. Lista de proveedores cubiertos y no cubiertos por esta Política.

- i. Esta Política se aplica a los servicios de atención médica proporcionados por UCMC y su personal médico a los pacientes hospitalizados y ambulatorios de UCMC en los lugares mencionados en el Anexo 4.

- ii. Esta Política también se aplica a los servicios de médicos proporcionados por UCPG y los médicos afiliados a UCMC. UCPG y los médicos afiliados, según sus propias políticas, dan los mismos descuentos que los que se mencionan en esta Política. Cuando sea posible, la información relacionada con la elegibilidad para la asistencia económica se compartirá de manera conjunta entre UCMC y UCPG o los médicos afiliados.
- iii. Esta Política no se aplica a los servicios que no están incluidos dentro de la definición de servicios de atención médica, a los servicios que se dan a personas que no son pacientes, como la farmacia pública de DCAM o los pacientes de UChicago Medical Laboratories, a los servicios de médicos que se dan en hospitales que no son de UCMC, como La Rabida, Mercy o Weiss, a servicios clínicos que no son de hospital, ni a pacientes que llegan a UCMC mediante el Center for International Patients.

II. Prácticas de cobranza

1. Medidas extraordinarias de cobranza. Medidas extraordinarias de cobranza (Extraordinary Collection Actions o ECA) significa medidas de cobro que conllevan un proceso legal o judicial, involucran vender la deuda a un tercero, denunciar información adversa a agencias y oficinas de crédito, o retrasar o denegar, o requerir un pago antes de dar atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de una persona de una o más facturas de atención médica proporcionada previamente y cubierta por la Política de asistencia económica de UCMC. Ni UCMC ni ninguna agencia de cobro con la que tenga un contrato empleará ECA.
2. Uso de agencias de cobro. UCMC facturará y, si es necesario, iniciará actividades de cobranza contra el paciente. Se aplicarán las siguientes prácticas:
 - A. UCMC emitirá cuatro facturas al paciente, con al menos 30 días de separación. Cuando hayan pasado 35 días después de la cuarta factura (para un total de al menos 125 días), UCMC podrá enviar las facturas pendientes de un paciente a una agencia de cobros, a menos que el paciente haya establecido un plan de pagos. A los pacientes que están al día en los planes de pago aprobados por UCMC no se les enviará a una agencia de cobros. Todas las agencias de cobros deben seguir esta Política.
 - B. Si un paciente recibe asistencia económica para una cuenta, puede pedir asistencia económica para otras cuentas que todavía no estén sujetas a esta Política. Si el saldo adeudado con descuento de un paciente se envía a una agencia de cobros según lo permite esta Política, UCMC coordinará con la agencia para informarle del descuento.

- C. Mientras una determinación de elegibilidad de asistencia económica esté pendiente, UCMC no enviará el saldo adeudado del paciente a una agencia de cobros.

INTERPRETACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y REVISIÓN: el Departamento de Finanzas, con la recomendación de la Oficina de Asuntos Legales, será responsable de la interpretación de esta Política. El Departamento de Finanzas será responsable de la implementación de esta Política. El Subcomité de Asuntos Comunitarios y Gubernamentales de la Junta Directiva de UCMC tiene la autoridad para revisar esta Política.

REFERENCIAS CRUZADAS:

Política A04-05 Atención de emergencia para personas enfermas o lesionadas Política PC 08 Evaluación médica de emergencia

Política A02-12 Política de administración de acceso de pacientes

REFERENCIAS:

Título 26 del Código de los Estados Unidos (U.S.C.) Sección 501(r) y normas de implementación del Título 26 del Código de Reglamentos Federales (C.F.R.) Sección 1.501(r)

La Ley de facturación justa a pacientes, Título 210 de ILCS 88 *et. seq.* y normas de implementación en el Título 77 del Código Administrativo de Illinois, Sección 4500 *et. seq.*

Ley de descuentos hospitalarios a pacientes sin seguro, Título 210 de ILCS, Sección 89 *et. seq.*

Thomas Jackiewicz, Presidente

ANEXO 1

Criterios de elegibilidad del descuento basado en los ingresos y descuento actualizado con los límites de HHS 2020

A partir del 1-15-2020, se usarán las siguientes directrices para determinar la elegibilidad para el descuento basado en los ingresos:

Tamaño de la unidad familiar	1	2	3	4	5	6	7	8 o más
Directriz de pobreza	\$12,760	\$17,240	\$21,720	\$26,200	\$30,680	\$35,160	\$39,640	\$44,120
Primer descuento: directrices de pobreza <200%	\$25,520	\$34,480	\$43,440	\$52,400	\$61,360	\$70,320	\$79,280	\$88,240
Segundo descuento: directrices de pobreza >200% y <600%	Entre \$25,520 y \$76,560	Entre \$34,480 y \$103,440	Entre \$43,440 y \$130,320	Entre \$52,400 y \$157,200	Entre \$61,360 y \$184,080	Entre \$70,320 y \$210,960	Entre \$79,280 y \$237,840	Entre \$88,240 y \$264,720

*Para familias/grupos familiares de más de 8 personas, sume \$4,480 por cada persona adicional.

Tome en cuenta: La información anterior sobre las Directrices de pobreza 2020 de HHS se refiere a los 48 estados contiguos y el Distrito de Columbia. Alaska y Hawái tienen cálculos separados.

Ejemplo de descuento basado en los ingresos

Un paciente recibió atención médicamente necesaria que resultó en cargos brutos de \$100,000. El paciente tiene un seguro privado que incluye un copago del 40%. La aseguradora tiene una tarifa negociada con UCMC que reduce los cargos brutos a \$60,000. La aseguradora paga su 60%, que es \$36,000, dejando un saldo adeudado del paciente de \$24,000 para el paciente. Basado en los ingresos familiares y el tamaño de la familia del paciente, este recibe un descuento basado en los ingresos del 80%. El paciente es responsable del 20% del saldo adeudado del paciente, o \$4,800 (a menos que la cantidad generalmente facturada sea menor, en cuyo caso se aplicará la menor de las dos cantidades).

Ejemplos de descuento por indigencia médica

El descuento por indigencia médica se aplica a los pacientes cuyas cantidades del saldo adeudado del paciente exceden el 20% de sus ingresos familiares en el año en el que el paciente recibió la atención.

Ejemplo: un paciente comienza un tratamiento el 15 de julio de 2019. A lo largo del año, los cargos brutos del paciente suman \$250,000. La aseguradora del paciente tiene un acuerdo negociado con UCMC bajo el que UCMC reduce los cargos totales a \$150,000. La aseguradora del paciente paga el 60% de la cantidad reducida de \$150,000, dejando un saldo adeudado del paciente de \$60,000 (40% de \$150,000).

El paciente solicita la asistencia económica el 29 de octubre de 2019. Los ingresos familiares del paciente son \$75,000. El veinte por ciento (20%) de los ingresos familiares de \$75,000 es \$15,000. El 13 de noviembre de 2019 se determina que el paciente es elegible para el descuento por indigencia médica. Por lo tanto, la cantidad máxima por la que el paciente será responsable es \$15,000. El período de doce meses del descuento por indigencia médica comienza el 15 de julio de 2019 (la primera fecha de servicio) y se aplica hasta el 14 de julio de 2020. Una vez el paciente haya pagado \$15,000, todos los saldos adeudados del paciente por servicios de atención médica proporcionados hasta el 14 de julio de 2019 se descontarán a cero.

Las facturas del paciente, que sumaban un total de \$60,000, se descuentan así:

- Factura del 1 de septiembre de 2019 por atención médica dada en julio de 2019 con un saldo adeudado del paciente de \$10,000: **El paciente es responsable del saldo completo.**
- Factura del 1 de octubre de 2019 por atención médica dada en agosto de 2019 con un saldo adeudado del paciente de \$30,000: **El paciente será responsable de \$5,000; el saldo restante de \$25,000 se reducirá a cero.**
- Factura del 1 de noviembre de 2019 por atención médica dada en septiembre de 2019 con un saldo adeudado del paciente de \$20,000: **El saldo completo de \$20,000 se reducirá a cero.**

Todas las facturas futuras por servicios de atención médica hasta el 14 de julio de 2020 se reducirán a cero.

Ejemplo: El saldo adeudado de un paciente en UCPG es \$10,000 y en UCMC es \$90,000, para un total de \$100,000. El paciente solicita el descuento por indigencia médica y se autoriza. Los ingresos familiares del paciente son \$60,000, por lo que el paciente será responsable de no más del 20% de \$60,000, o \$12,000.

El saldo total de UCMC y UCPG, \$100,000, se reduce a \$12,000, un descuento total del 88%. El descuento del 88% se aplica al saldo de UCPG de \$10,000, dejando un saldo adeudado del paciente de \$1,200 para UCPG; el descuento del 88% se aplica al

saldo de UCMC de \$90,000 dejando un saldo adeudado del paciente de \$10,080 para UCMC. El paciente recibirá facturas de UCMC y de UCPG que muestran la cantidad restante que el paciente debe pagar a cada uno, según corresponda.

ANEXO 2

Cálculo de la cantidad generalmente facturada

University of Chicago Medical Center da asistencia económica a los pacientes médicamente indigentes que cumplen los criterios de elegibilidad descritos en la Política de asistencia económica para pacientes médicamente indigentes. Después de que las cuentas del paciente son reducidas por el ajuste de asistencia económica basado en la política, el paciente es responsable del saldo restante en su cuenta de paciente, que no será mayor que la cantidad generalmente facturada (AGB) a personas que tienen la tarifa de Medicare por servicios y los seguros de salud privados para atención médica de emergencia y otra atención médicamente necesaria. El Método de mirar hacia atrás se usa para determinar la AGB. Los pacientes o miembros del público pueden obtener este documento resumido sin costo comunicándose a la oficina de facturación del hospital.

La cantidad generalmente facturada es la suma de todas las cantidades de reclamos que han sido permitidas por los seguros médicos, dividida entre la suma de los cargos brutos asociados por esos reclamos.

$$\% \text{ AGB} = \frac{\text{Suma (\$) de las cantidades permitidas de los reclamos}}{\text{Suma (\$) de las cantidades permitidas de los cargos brutos por esos reclamos}} = \frac{\text{Cargos totales menos ajustes contractuales}}{\text{Cargos totales menos ajustes contractuales}}$$

Si no hay ajustes contractuales, entonces los cargos totales son iguales a la cantidad permitida.

Los ajustes de denegaciones se excluyen del cálculo pues las denegaciones no afectan la cantidad permitida.

La AGB se calcula anualmente para cada hospital.

- Se usa el Método de mirar hacia atrás. Se usa un período de doce (12) meses.
- Incluye la tarifa de Medicare por servicio y pagadores comerciales
- Excluye pagadores: Medicaid, Medicaid pendiente, sin seguro, tarifas de casos de autopago, facturación del centro de Medicare, seguro por responsabilidad civil y vehicular, compensación de los trabajadores.

Hospital: cantidad generalmente facturada de University of Chicago Medical Center:
24.5%

Vigencia: 1 de julio de 2020

ANEXO 3

Cómo obtener la Política de asistencia económica de UCMC, la solicitud de asistencia económica, el Resumen en lenguaje simple y las traducciones disponibles

Hay varias formas para obtener la Política de asistencia económica de UCMC, una solicitud de asistencia económica, el Resumen en lenguaje simple y las traducciones al español:

- 1. Visite nuestro sitio web en:** <https://www.UChicagoMedicine.org/bill-help>
 - O en la página de inicio de UChicago Medicine, www.uchicagomedicine.org, en el menú de Patients & Visitors (Pacientes y visitantes), haciendo clic en Billing (Facturación). La información de asistencia económica está disponible en el lado izquierdo de la página de Billing & Financial Assistance (Facturación y asistencia económica).
- 2. Recoja una copia impresa en los siguientes lugares:**
 - Mitchell Hospital Building, sala de emergencias y oficina de admisiones, sala TS 200
 - Oficina de admisiones del Center for Care and Discovery (CCD) Building, sala 7584
- 3. Llame a UChicago Medicine al (773) 702-6664 o (800) 827-0125**
 - Si solicita asistencia económica, un representante de servicios financieros para pacientes iniciará el proceso automatizado de determinación de elegibilidad, o si lo pide el paciente, enviará la solicitud de asistencia económica por correo sin costo
- 4. Correo electrónico OPSPFinancialCounseling@uchospitals.edu**
- 5. Escriba a la dirección de abajo y se le enviará un formulario de solicitud gratis por correo:**

UChicago Medicine
Patient Financial Services Department
150 Harvestor Drive
Burr Ridge IL 60527

For the UCMC Financial Assistance Policy, a Financial Assistance Application, and the Plain Language Summary in Spanish or other languages call (773) 702-5276.

Para la Póliza de Asistencia Financiera de UCMC, una Aplicación para Asistencia Financiera, y el Resumen en Pleno Lenguaje (en español) o en otros ciertos idiomas, llame al (773) 702-5276.

ANEXO 4

Centros de UCMC para pacientes hospitalizados y ambulatorios

Center for Care and Discovery (CCD) Mitchell Hospital

Comer Hospital

Duchossois Center for Advanced Medicine (DCAM)

South Shore Senior Center

Clínica de infusión en el UCMC Comprehensive Cancer Center en el campus de Silver Cross Hospital (UCMC Comprehensive Cancer Center)

CT, MRI, terapia de infusión y oncología radioterápica en UChicago Medicine Orland Park

Última actualización en enero de 2020.