

Advocate Aurora Health

Política de asistencia financiera

Advocate Health, Aurora Health Care y sus afiliados, colectivamente, Advocate Aurora Health, Inc. ("AAH"), están comprometidos a cuidar la salud y el bienestar de todos los pacientes sin importar su capacidad de pago. AAH tiene el compromiso de asistir a los pacientes elegibles de las comunidades a las que servimos para la obtención de cobertura de diversos programas y de extender la asistencia financiera a quienes la necesitan según se detalla en esta política. Esta política describe el procedimiento, los requisitos y los criterios de elegibilidad relativos a los programas de asistencia financiera de AAH.

AAH ofrece asistencia de cobertura y financiera a las personas elegibles con los siguientes cinco objetivos principales:

- **Modelar nuestro valor fundamental de "cuidar".**
- **Asegurar que el paciente agote otras oportunidades de cobertura aplicables antes de optar por la asistencia financiera.**
- **Brindar asistencia financiera con base en la capacidad de pago del paciente.**
- **Garantizar que AAH cumpla con las normativas federales o estatales aplicables relacionadas con la asistencia financiera.**
- **Establecer un proceso que minimice la carga sobre el paciente y cuya administración sea económicamente eficiente.**

En cumplimiento de la normativa de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA, por sus siglas en inglés), AAH siempre proporcionará atención de emergencia, sin importar la capacidad de pago del paciente.

Esta política se aplica a los servicios médicos cobrados por una entidad de Advocate Aurora Health, Inc. o un proveedor participante, que hayan sido proporcionados por un hospital de Aurora Health Care en Wisconsin, un profesional médico empleado por Aurora Health Care en Wisconsin, un proveedor participante de Wisconsin, un hospital de Advocate Health en Illinois, un profesional médico empleado por Advocate Health en Illinois o un proveedor participante de Illinois.

Definiciones

Los términos usados dentro de esta política deben interpretarse de la siguiente manera:

- Importes generalmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés): importes generalmente facturados por atención de emergencia u otros servicios médicamente necesarios a personas que tienen un seguro que cubre esa atención. A quienes sean elegibles para recibir asistencia financiera nunca se les facturará un importe mayor que los importes que generalmente se facturan a un paciente asegurado. Los importes generalmente facturados (AGB) se calculan utilizando el método de cálculo retroactivo anual, es decir, sacando un promedio de las

reclamaciones permitidas por Medicare y todas las aseguradoras externas privadas por servicios hospitalarios necesarios facturados en un periodo de 12 meses. Para instalaciones y proveedores de Aurora Health Care en Wisconsin, se puede solicitar información de forma gratuita sobre el cálculo del porcentaje de los importes generalmente facturados (AGB), llamando al 1-800-326-2250. Para instalaciones y proveedores de Advocate Health en Illinois, se puede solicitar información de forma gratuita sobre el cálculo del porcentaje de los importes generalmente facturados (AGB), llamando al 847-795-2300.

- Optativos: servicios que en opinión del proveedor que los ordena, no son necesarios, sino que son cosméticos o son servicios que pueden posponerse sin riesgo.
- Atención de emergencia: atención inmediata que según la opinión de un proveedor, es necesaria para evitar poner la salud del paciente en un riesgo grave, una discapacidad grave de las funciones corporales, una disfunción grave de los órganos o miembros o el fallecimiento.
- EMTALA: AAH deberá prestar, sin discriminación, atención médica de emergencia, independientemente de si las personas que la reciben pueden pagar la atención e independientemente de su elegibilidad según esta política. Dicha atención se prestará de conformidad con la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA), sección 1867 de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. 1395dd).
- Lineamientos federales de pobreza (FPG, por sus siglas en inglés): los umbrales de ingresos familiares aplicables, establecidos periódicamente en el Registro Federal por parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, bajo la autoridad de 42 U.S.C. § 9902(2).
- Defensores financieros: miembros del equipo de AAH que ayudan a los pacientes con o sin seguro a revisar su situación financiera actual para determinar los servicios cubiertos y los programas de asistencia financiera disponibles; también ayudan a esos pacientes con la inscripción en los programas disponibles, informan a los pacientes sobre los costos de la atención y les brindan asistencia general para la gestión de sus responsabilidades financieras.
- Puntaje de asistencia financiera (FAS Score): un sistema de puntuaciones desarrollado con la colaboración de un proveedor externo, que permite brindar un mecanismo proactivo, consistente y automatizado para fundamentar el perfil financiero de los pacientes.
- Estándares generalmente aceptados de la práctica médica:
 - Estándares que se basan en evidencia científica confiable, publicada en bibliografía médica evaluada por pares y reconocida generalmente por la comunidad médica correspondiente.
 - Recomendaciones de una sociedad de médicos especialistas.
 - Opiniones de médicos especializados en el área clínica correspondiente.
 - Cualquier otro factor relevante.
- Núcleo familiar: el paciente y cualquier persona (como su cónyuge, hijos u otras personas dependientes) que pueden incluirse en la declaración del impuesto sobre la renta federal, sin importar si el paciente presenta su declaración de impuestos.
- Ingresos financieros del núcleo familiar: dinero recibido por el núcleo familiar, para lo que se puede requerir documentación y que incluye, entre otros, lo siguiente:
 - Ingresos anuales del hogar antes de impuestos.
 - Compensación por desempleo.
 - Compensación de trabajadores.
 - Seguridad social e ingreso de seguridad suplementaria.

- Pagos a veteranos.
 - Ingreso por pensión o retiro.
 - Otros ingresos aplicables, como rentas, pensión alimenticia, manutención infantil y cualquier otro ingreso sin importar la fuente.
- Servicios no elegibles: los servicios y procedimientos electivos, preventivos, de detección o de rutina no se consideran como servicios elegibles. Otros servicios médicos que no se consideran elegibles son entre otros, procedimientos estéticos, medicina complementaria, servicios de fertilidad, servicios de salud ocupacional y servicios de clínicas en tiendas y otros servicios que ya tienen un acuerdo específico de precios globales/de paquetes. El proveedor examinador será quien realice la determinación final de si la atención médica se considera urgente o médicamente necesaria.
 - Asegurado: pacientes que cuentan con seguro y están cubiertos por una aseguradora externa.
 - Grupo médico: servicios médicos profesionales proporcionados por proveedores empleados por AAH.
 - Médicamente necesario: un servicio de salud que un proveedor, haciendo uso de un criterio clínico prudente, le brindaría a un paciente con el fin de evaluar, diagnosticar o tratar un malestar, lesión o enfermedad o sus síntomas y que están de acuerdo con los estándares de aceptación general en la práctica médica o son clínicamente apropiados en términos de tipo, frecuencia, alcance, sitio y duración y que se consideran eficientes para el malestar, lesión o enfermedad del paciente.
 - Otras opciones de cobertura: opciones que generarían un pago de un tercero en una o más cuentas bajo revisión de asistencia de cobertura y asistencia financiera, incluidas entre otras: compensación de trabajadores, planes gubernamentales tales como Medicare y Medicaid, planes de agencias estatales y federales, asistencia a víctimas, etc. o responsabilidad de un tercero resultante de un accidente automovilístico o de otro tipo.
 - Proveedores participantes: proveedores de atención médica que han acordado cumplir con esta política con relación a los servicios facturables proporcionados en los hospitales de AAH. Se adjunta una lista de todos los proveedores participantes. Se puede contactar directamente a cualquier proveedor que no aparezca en este documento para saber si es un proveedor participante.
 - Resumen en lenguaje sencillo (PLS, por sus siglas en inglés): un resumen de esta política, que ha sido simplificado para que los criterios de elegibilidad y los procesos para solicitar asistencia financiera sean fácilmente comprensibles.
 - Presunción de elegibilidad: una determinación de elegibilidad para asistencia financiera en los mercados de Wisconsin e Illinois con referencia a criterios específicos que se ha considerado que demuestran la necesidad financiera de un paciente que no tiene seguro sin necesidad de completar una solicitud de asistencia financiera. En cumplimiento de la Ley de Facturación Justa al Paciente de Illinois, sección 4500.40, Criterios de presunción de elegibilidad.
 - Aseguradores externos: cualquier parte externa que garantice el pago en nombre del paciente, tales como compañías de seguros, compensación de trabajadores, planes gubernamentales como Medicare y Medicaid, planes de agencias estatales o federales, asistencia a víctimas o responsabilidad de un tercero por accidentes automovilísticos o de otro tipo. Los planes de costos de salud compartidos como MediShare, entre otros, no se consideran aseguradores externos.
 - Saldo de pago por cuenta propia: la parte de la factura de un paciente que el paciente o el

garante del paciente es legalmente responsable de pagar después de los descuentos aplicables.

- **Paciente sin seguro:** un paciente que no tiene cobertura total o parcial de un asegurador externo y que no es beneficiario de un seguro de salud público o privado u otro programa de cobertura de salud (incluyendo, entre otros, seguros privados, Medicare, Medicaid o asistencia a víctimas de crímenes) y cuya lesión no es compensable por indemnizaciones por accidentes de trabajo, seguros de automóvil, responsabilidad civil o cualquier otro seguro contra terceros, de conformidad con lo que determine AAH, con base en los documentos y la información provista por el paciente u obtenida de otras fuentes para los pagos por los servicios de atención de salud que preste AAH.

Pacientes sin seguro

Los miembros del equipo de defensores financieros de AAH harán una revisión de la elegibilidad de los pacientes sin seguro para obtener asistencia a través del proceso de asistencia de cobertura y asistencia financiera. Antes de determinar su elegibilidad para la asistencia financiera, los defensores de AAH analizarán si los pacientes sin seguro que buscan asistencia tienen otras oportunidades de cobertura.

- El equipo de defensoría financiera de AAH entrevistará a los pacientes sin seguro.
- Los pacientes sin seguro que no sean entrevistados de forma proactiva por el equipo de AAH pueden llamar al centro de atención en defensoría financiera de AAH o descargar una solicitud y enviarla por correo al equipo de defensoría financiera de AAH para comenzar la revisión.
- El equipo de defensoría financiera de AAH verificará si el paciente tiene otras oportunidades de cobertura (como Medicaid) y de asistencia financiera.
- Durante la entrevista y/o mediante la solicitud se recopilará la información necesaria para determinar si el paciente es elegible para otra opción de cobertura, así como la información relativa a la asistencia financiera.
- Si el proceso de asistencia de cobertura indica una alta probabilidad de ser elegible para otras oportunidades de cobertura, el paciente, con la ayuda de AAH, deberá tratar de obtener esas oportunidades antes de ser considerado para la asistencia financiera de AAH.
- **Si el paciente coopera plenamente en la búsqueda de otras opciones de cobertura**, pero dicha cobertura es improbable o se le niega adecuadamente, AAH determinará la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera.
- **Los pacientes sin seguro que no cooperen plenamente en el proceso de asistencia de cobertura se considerarán no elegibles para recibir asistencia financiera.**
- *Los pacientes considerados no elegibles pueden apelar esta decisión comunicándose con el equipo de defensoría financiera.*

Criterios de elegibilidad

- Pacientes sin seguro que viven en Illinois o Wisconsin.
- Pacientes sin seguro que reciben servicios no optativos y médicamente necesarios en una instalación de AAH o por parte de un proveedor participante de AAH.
- Pacientes sin seguro que cooperan plenamente en la determinación de otras opciones de

cobertura.

- Pacientes sin seguro que no son elegibles para todas las demás opciones de cobertura para las cuentas bajo revisión.
- Los pacientes sin seguro que cumplen con todos los criterios anteriores y cuyo núcleo familiar tiene ingresos de entre el 0 y el 300 % de los Lineamientos Federales de Pobreza (FPG) son elegibles para recibir un 100 % de asistencia financiera.
- **SOLO pacientes de Illinois:** los pacientes sin seguro que cumplan con todos los criterios anteriores y cuyo núcleo familiar tenga ingresos de entre el 301 y el 600 % de los Lineamientos Federales de Pobreza (FPG) son elegibles para recibir un descuento de asistencia financiera de conformidad con los requisitos del estado de Illinois, según la Ley de Descuento para Pacientes sin Seguro de Hospital (HUPDA).*

** En cumplimiento con la Ley de Descuento para Pacientes sin Seguro de Hospital de Illinois (210 ILCS 89/1) (HUPDA) en vigencia a partir del 01/04/2009, la elegibilidad para recibir asistencia financiera de los pacientes con ingresos familiares de cuatro a seis (4-6) veces los FPG se restringe a aquellos que residan en el estado de Illinois y que tengan cargos médicamente necesarios. AAH ha comparado los descuentos del 135 % de la relación costo-cargo del hospital con los importes generalmente facturados (AGB) y ha aplicado los descuentos más generosos para los pacientes. De acuerdo con la HUPDA, la cantidad cobrada a un paciente se limitará al 20 % de sus ingresos brutos anuales, cuando el paciente notifique a AAH de la aprobación previa de una asistencia financiera dentro de los últimos 12 meses.*

Servicios no elegibles

- Atención preventiva, de detección y de rutina.
- Servicios optativos o cosméticos.
- Servicios no médicamente necesarios.
- Medicina complementaria.
- Servicios de fertilidad.
- Servicios del programa Global & Executive Health.
- Servicios de salud ocupacional.
- Servicios de clínicas en tiendas.
- Servicios con precios globales específicos acordados por paquetes.

Pacientes con seguro

La asistencia financiera para pacientes con seguro está disponible desde que un paciente recibe una factura. Para iniciar el proceso, los pacientes pueden completar una solicitud por correo o llamar al equipo de defensoría financiera de AAH para que analicen su elegibilidad para recibir asistencia financiera.

Criterios de elegibilidad

- Pacientes con seguro que viven en Illinois o Wisconsin.
- Pacientes con seguro que reciben servicios no optativos y médicamente necesarios en una instalación de AAH o por parte de un proveedor de AAH o de un proveedor participante.

- Pacientes con seguro que se encuentran en la red por su plan de beneficios de un asegurador externo en una instalación de AAH o por parte de un proveedor de AAH o de un proveedor participante, exceptuando los pacientes fuera de la red que son atendidos en la sala de urgencias.
- Pacientes con seguro con reclamaciones completamente adjudicadas que resultan en un saldo de pago por cuenta propia.
- Pacientes con seguro que, si corresponde, cooperaron con el asegurador externo para resolver problemas de pago, es decir, coordinación de preguntas sobre beneficios, información de accidentes, etc.
- Pacientes con seguro que cooperan plenamente en la determinación de otras opciones de cobertura secundarias.
- Pacientes con seguro que no son elegibles para las demás opciones secundarias para la cuenta o las cuentas en revisión.
- Los pacientes con seguro que cumplen con todos los criterios anteriores y cuyo núcleo familiar tiene ingresos entre el 0 y el 300 % de los Lineamientos Federales de Pobreza (FPG) recibirán el 100 % de la asistencia financiera en el saldo de pago por cuenta propia bajo revisión.

Servicios no elegibles

- Servicios que se encuentran fuera de la red por el plan de beneficios del asegurador externo del paciente, excepto los servicios recibidos en un departamento de emergencia de AAH.
- Servicios no cubiertos por el asegurador externo del paciente.
- Atención preventiva, de detección y de rutina.
- Servicios optativos o cosméticos.
- Servicios no médicamente necesarios.
- Medicina complementaria.
- Servicios de fertilidad.
- Servicios del programa Global & Executive Health.
- Servicios de salud ocupacional.
- Servicios de clínicas en tiendas.
- Servicios con precios globales específicos acordados por paquetes.

Determinación de la elegibilidad para asistencia financiera para pacientes con y sin seguro

- Los defensores financieros trabajan para entrevistar de manera proactiva a los pacientes sin seguro con el fin de completar una solicitud en su nombre antes de que se proporcione el servicio. Aquellos que no sean entrevistados pueden solicitar asistencia a través de una solicitud antes del servicio o una vez que reciban una factura llamando al centro de llamadas de defensa financiera de AAH.
- Los pacientes con seguro pueden hacer su solicitud por correo o llamar al centro de atención de defensoría financiera de AAH para iniciar una revisión después de recibir una factura, a fin de ser considerados para recibir asistencia financiera.
- Además de la información obtenida del paciente, los defensores financieros pueden recurrir a las siguientes fuentes externas para determinar si un paciente es elegible para beneficiarse del Programa de Asistencia Financiera:
 - Evaluación de asistencia financiera de Experian Health (Experian Health Financial

- Assistance Screening).
 - Portal de Wisconsin Forward Health (Wisconsin Forward Health Portal), para obtener información sobre asistencia pública.
 - Base de datos del Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares de Illinois (Illinois Healthcare and Family Services, IHFS) para buscar cobertura de ayuda pública.
 - Herramientas de elegibilidad para hacer búsquedas relativas a la elegibilidad para recibir cobertura de seguro médico y cobertura de ayuda pública.
- Un defensor financiero revisará la información que reciba del paciente o que se encuentre en la solicitud de asistencia financiera por escrito y determinará si el paciente cumple con los requisitos de elegibilidad provistos en esta política para recibir asistencia financiera.
- Se notificará al paciente de la determinación de asistencia financiera ya sea en persona o por correo, según corresponda. Esta notificación incluirá una declaración que informe al paciente que la determinación se tomó después de aplicar los criterios de elegibilidad de la Política de Asistencia Financiera de AAH a la situación financiera del paciente.
- Si se determina que un paciente es elegible para beneficiarse del Programa de Asistencia Financiera de AAH, se revisarán los pagos realizados a los servicios elegibles antes de la solicitud de asistencia financiera, para determinar si se debe procesar un reembolso.
- Si se determina que un paciente es elegible para beneficiarse del Programa de Asistencia Financiera de AAH, el paciente deberá comunicar a AAH cualquier cambio sustancial que se produzca en su situación financiera dentro del periodo de seis meses después de la aprobación y que pueda afectar su estado de elegibilidad. Esta comunicación debe tener lugar dentro de los treinta (30) días posteriores al cambio. El hecho de que un paciente no lo haga puede anular cualquier cantidad de Asistencia Financiera proporcionada por AAH después de que ocurriera el cambio material.
- Si se determina que un paciente no es elegible para beneficiarse del Programa de Asistencia Financiera de AAH, un defensor financiero trabajará con el paciente para crear un plan de pagos del saldo restante de pago por cuenta propia del paciente. Estos saldos de pago por cuenta propia están sujetos a la Política de Facturación y Cobros de AAH.
- AAH puede aplazar o denegar servicios y procedimientos electivos, preventivos, de detección o de rutina con base en una evaluación financiera.

Determinaciones de presunta elegibilidad

- Es posible hacer una determinación de presunta elegibilidad para pacientes de Wisconsin e Illinois, de conformidad con la Ley de Facturación Justa al Paciente de Illinois. Los pacientes sin seguro que califican bajo ciertos programas de asistencia federal y estatal pueden ser considerados presuntamente elegibles para un ajuste de asistencia financiera del 100 %, sin necesidad de que completen una solicitud.
- Si puede verificarse al menos un criterio, no se solicitará ninguna otra prueba de ingresos.
- Si el defensor financiero no puede verificar la elegibilidad por medios electrónicos, es posible que AAH le pida al paciente que verifique su elegibilidad.
- Si el defensor financiero puede determinar que un paciente es presuntamente elegible para recibir asistencia financiera, no se requerirá una solicitud.
- **Los criterios de presunción de elegibilidad se demuestran mediante la inscripción a uno de los siguientes programas:**
 - Programa de nutrición para mujeres, bebés y niños (WIC).

- Programa de asistencia de nutrición suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés).
- Programa de almuerzos y desayunos gratuitos de Illinois.
- Programa de asistencia energética para hogares de bajos ingresos (LIHEAP, por sus siglas en inglés).
- Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés).
- Programa de apoyo para el alquiler de viviendas, de la Autoridad de Desarrollo de Vivienda de Illinois.
- Un programa comunitario organizado o un programa de salud caritativo que proporcione atención médica y que evalúe y documente el estado financiero de las personas de bajos ingresos como criterio para la inscripción.
- Elegibilidad para Medicaid, pero no siendo elegible en la fecha del servicio o para servicios no cubiertos (*solo pacientes de IL*).
- **Los criterios de presunción de elegibilidad también pueden demostrarse por las siguientes circunstancias de vida:**
 - Recibo de una subvención de asistencia para servicios médicos.
 - Personas sin hogar.
 - Fallecidos sin patrimonio.
 - Incapacidad mental sin nadie que actúe en nombre del paciente.
 - Encarcelamiento en una institución penal.
 - Afiliación a una congregación religiosa y voto de pobreza.
 - Evidencia de una agencia independiente de informes de terceros que indique que el ingreso familiar es menos de dos veces el nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés).
- **Las maneras de demostrar la presunción de elegibilidad son:**
 - Confirmación electrónica de la inscripción en el programa o de otros criterios de presunta elegibilidad.
 - Cuando no sea posible una confirmación electrónica independiente, se solicitará una prueba de la inscripción o de los otros criterios de elegibilidad. Cualquiera de las siguientes pruebas será satisfactoria:
 - Vale del programa WIC.
 - Tarjeta del programa SNAP, captura de pantalla de la inscripción o copia de la carta de aprobación de SNAP.
 - Carta de la escuela o notificación (firmadas) de la exención de tarifas y comidas gratis o a precio reducido.
 - Carta de concesión o aprobación del programa LIHEAP.
 - Carta de aprobación de TANF de la Cruz Roja, DHS o HFS.
 - Recibo de renta en el caso de un programa estatal o federal de subsidios para la vivienda.
 - Carta de ajuste de renta del arrendador o tarjeta o carta del HUD.
 - Tarjeta o declaración de concesión que muestre la elegibilidad actual para un programa del estado de Illinois.
 - Declaración de la agencia de subvenciones o carta de subvención.
 - Testimonio personal o carta de la iglesia o albergue que confirme la situación de persona sin hogar.
 - Carta de un abogado, hogar grupal, albergue, orden religiosa o iglesia.

Verificación de los recursos financieros del núcleo familiar y periodo de elegibilidad

Cuando corresponda, AAH puede usar datos de terceros para validar información proporcionada por el paciente durante su entrevista o en la solicitud de asistencia financiera. Si existe una incoherencia entre lo reportado por proveedores externos y lo indicado por el paciente, podría pedirse al paciente más documentación sobre sus ingresos y su residencia.

- **Documentación**

Es posible que se pida a los pacientes que brinden evidencias de la información que proporcionaron a AAH:

- La información financiera se puede verificar mediante cualquiera de los siguientes documentos del paciente: declaraciones anuales de impuestos más recientes, formularios W-2, documentación del impuesto sobre la renta, talones de cheques, estados de cuenta bancarios, declaraciones de desempleo o cartas de apoyo financiero (si no tiene ingresos). Si hay más de una persona empleada en la familia del paciente, cada una de ellas puede verificar su información financiera mediante estas mismas opciones de verificación.
- El paciente puede verificar su residencia presentando dos (2) de las siguientes formas válidas de identificación que indiquen la misma dirección: licencia de conducir del estado (u otra tarjeta de identificación con foto, identificación estudiantil o militar), facturas de servicios públicos (gas, electricidad o agua), estados de cuenta bancarios, registros de automóviles o cualquier otra correspondencia recibida de una entidad gubernamental con la fecha y dirección actuales.
- Los estados de cuenta financieros, la verificación de ingresos y la documentación de terceros podrían ser retenidos por AAH por un periodo de 10 años o según lo establezca la ley. La falsificación de información financiera, que incluye la retención de información, será motivo para la denegación de la asistencia financiera.

- **Periodo de elegibilidad**

- **Sin seguro**: la asistencia financiera y las determinaciones de presunta elegibilidad entrarán en vigencia retrospectivamente para todos los saldos abiertos elegibles de pago por cuenta propia y de manera prospectiva hasta por 180 días. Los servicios futuros se revisarán y evaluarán antes de proporcionar el servicio o en el momento del servicio para determinar la elegibilidad continua. Si se producen cambios durante el periodo de elegibilidad, el paciente debe cooperar en el proceso de asistencia de cobertura con el fin de conservar su elegibilidad para la asistencia financiera.
- **Con seguro**: para los pacientes asegurados, la asistencia financiera y las determinaciones de presunta elegibilidad serán efectivas solo para los saldos abiertos de pago por cuenta propia actuales; el paciente deberá volver a solicitar la asistencia financiera para cualquier atención de emergencia y médicamente necesaria que ocurra en el futuro.

- Fraude

AAH se reserva el derecho de revertir los ajustes de asistencia financiera previstos en esta política si se determina que la información proporcionada por el paciente durante el proceso de recopilación de información es falsa o si AAH descubre que el paciente ha recibido una compensación por servicios médicos por parte de otras fuentes no reveladas a AAH.

Solicitudes de asistencia financiera

Las solicitudes de asistencia financiera están previstas para:

- Pacientes sin seguro de quienes los defensores financieros de AAH no pudieron realizar una revisión proactiva para determinar su elegibilidad para la asistencia.
- Pacientes sin seguro que fueron revisados por los defensores financieros, pero estos determinaron que era necesaria más información y la presentación de una solicitud para concluir el proceso.
- Pacientes con seguro que desean que se revise su elegibilidad para recibir asistencia financiera después de recibir una factura.

Cómo presentar la solicitud

Los pacientes pueden descargar la solicitud de asistencia financiera en los sitios web de Advocate Health o Aurora Health Care y enviarla a los defensores financieros por correo postal. Un paciente también puede solicitar una revisión por teléfono o que se le envíe una solicitud por correo llamando también a los defensores financieros.

Illinois – Pacientes de Advocate Health	Wisconsin – Pacientes de Aurora Health Care
<ul style="list-style-type: none"> • Visite: www.advocatehealth.com/financiaminancialassistance • Llame al: (847) 795-2300 • Correo postal: Advocate Health Financial Advocates P.O. Box 3039 Oak Brook, IL 60522-9908 	<ul style="list-style-type: none"> • Visite: www.aurorahealthcare.org/patients-visitors/billing-payment/financial-assistance • Llame al: 1-800-326-2250 • Correo postal: Aurora Health Care Financial Advocates PO Box 51116 New Berlin WI 53151

Los pacientes tienen 240 días desde que reciben la primera factura, después del alta para solicitar la asistencia financiera.

Solo se revisarán las solicitudes de asistencia financiera debidamente completadas. Una solicitud se considerará debidamente completada cuando todos los campos estén completos, se reciban todos los documentos solicitados y un representante de servicios de asistencia de cobertura haya revisado la información y determinado que el paciente no es elegible para otras oportunidades de cobertura. Posteriormente, la solicitud de asistencia financiera se procesa y se toma una decisión en el plazo previsto.

Solicitudes incompletas: si se envía una solicitud de asistencia financiera y está incompleta, un defensor financiero informará al paciente y le explicará qué información se necesita para completar la

solicitud. La información solicitada debe proporcionarse a AAH dentro de los 30 días posteriores a la solicitud inicial, a menos que se informe a la AAH sobre circunstancias forzosas.

Todas las solicitudes impresas deben enviarse por correo postal al equipo de defensores financieros de AAH.

- Una vez que se recibe la solicitud, un miembro del equipo de defensores financieros de AAH contactará al paciente si es necesario.

Asistencia en caso de catástrofe

La asistencia en caso de catástrofe es un programa adicional previsto para ayudar a los pacientes con saldos muy elevados con relación a sus ingresos familiares. Los pacientes que AAH determine que son elegibles para recibir asistencia en caso de catástrofe pueden recibir un descuento en la atención de urgencia equivalente al monto del saldo de pago por cuenta propia que exceda el 25 % del ingreso neto ajustado anual del paciente. Los pacientes elegibles se someterán a una revisión de elegibilidad para la asistencia financiera para determinar el descuento aplicable y el plan de pago. Los saldos de pago por cuenta propia restantes después de que se aplique el descuento de asistencia financiera estarán sujetos a los lineamientos de pago estándar de AAH. En caso de que el paciente no cumpla con un plan de pago, el saldo de pago por cuenta propia restante quedará sujeto a la Política de Facturación y Cobro de AAH. Para ser elegible para recibir asistencia en caso de catástrofe, un paciente debe:

- Tener un saldo de pago por cuenta propia que exceda los \$25,000 y
- Tener un saldo de pago por cuenta propia que exceda el 25 % del ingreso neto ajustado anual del paciente y
- Someterse a una evaluación de elegibilidad para la asistencia financiera y completar una solicitud de asistencia financiera con la documentación financiera correspondiente.

Comunicación de la política

Para que los pacientes de AAH, sus familias y la comunidad en general conozcan la disponibilidad del programa de asistencia financiera, AAH ha tomado medidas para notificar a los pacientes y visitantes de sus sedes de atención y dar amplia difusión a esta política entre los miembros de la comunidad general a la que sirve. Estas medidas incluyen:

- Asesoría financiera: disponible para ayudar a los pacientes que anticipan dificultades para pagar su parte de las facturas. Nuestros defensores financieros hacen todo lo posible para ayudar a los pacientes que no tienen seguro o que tienen un seguro sin cobertura suficiente o que se enfrentan a otros desafíos económicos relacionados con el pago de los servicios de atención médica que brindamos. Los defensores financieros pueden evaluar la elegibilidad de los pacientes para acceder a una variedad de programas financiados por el gobierno, pueden establecer un plan de pago a largo plazo o pueden ayudar a los pacientes a solicitar asistencia financiera.
- Resumen en lenguaje sencillo (PLS): AAH ofrece un resumen en lenguaje sencillo (PLS) de esta

política de asistencia financiera. A todos los pacientes se les ofrecerá una copia impresa del PLS y una copia impresa de la solicitud de asistencia financiera a la brevedad posible durante la prestación del servicio. Las copias impresas gratuitas de estos documentos también puede solicitarse en la sala de urgencias y las áreas de registro del hospital, a los defensores financieros en el sitio y por correo postal.

- Copias traducidas: AAH ofrece los documentos de la Política de Asistencia Financiera, el Resumen en Lenguaje Sencillo y la Solicitud de Asistencia Financiera tanto en inglés como en otros idiomas, si dichas traducciones son requeridas, en cumplimiento de 26 C.F.R. § 1.501(r)-4(a)(5)(ii). Las copias impresas gratuitas de estos documentos también puede solicitarse en la sala de urgencias y las áreas de registro del hospital, a los defensores financieros en el sitio y por correo postal. Estos documentos traducidos también están disponibles en nuestro sitio web.
- Señalización: todos los materiales de señalización relacionados con la asistencia financiera se colocarán de forma clara y evidente en lugares visibles para el público, como las salas de urgencia y las áreas de registro de pacientes de AAH, entre otros. La señalización indicará que se dispone de asistencia financiera y el número de teléfono para comunicarse con un defensor financiero para obtener más información.
- Sitio web: los sitios web de AAH publicarán en un lugar destacado los avisos que indiquen la disponibilidad de asistencia financiera con una explicación del proceso de solicitud. También estarán disponibles en el sitio web de AAH la Política de Asistencia Financiera, el Resumen en Lenguaje Sencillo (PLS), la Solicitud de Asistencia Financiera y la Política de Facturación y Cobro.
- Facturas y estados de cuenta de los pacientes: las declaraciones de los pacientes incluyen un aviso por escrito visible que informa a los destinatarios de la disponibilidad de asistencia financiera cubiertos por la FAP e incluye el número de teléfono del departamento que puede proporcionar información sobre la FAP y el proceso de solicitud de la FAP y también la dirección directa del sitio web (o URL) donde se pueden obtener copias de los documentos FAP.

Acciones ante la falta de pago

La información sobre las prácticas de facturación y cobro de AAH se puede encontrar en una política de facturación y cobro por separado, ubicada en los sitios web de AAH. También puede obtener una copia de la política por correo postal llamando al departamento de servicio al cliente correspondiente.

Illinois – Pacientes de Advocate Health	Wisconsin – Pacientes de Aurora Health Care
<ul style="list-style-type: none"> • Visite: www.advocatehealth.com/financialassistance • Llame al: (847) 795-2300 	<ul style="list-style-type: none"> • Visite: www.aurorahealthcare.org/patients-visitors/billing-payment/financial-assistance • Llame al: 1-800-326-2250

Garantía de calidad y otras disposiciones

Garantía de calidad: los miembros del equipo de AAH tienen prohibido hacer recomendaciones o procesar solicitudes de asistencia financiera para familiares, amigos, conocidos y colegas. El departamento de garantía de calidad en los servicios financieros al paciente realizará auditorías periódicas de las cuentas procesadas para asistencia financiera, a fin de garantizar que se respeten la política y los procesos.

Ajustes en los criterios de elegibilidad: AAH puede ajustar periódicamente los criterios de elegibilidad de esta política con base en evaluaciones de necesidades de salud de la comunidad o estudios de mejora realizados para las organizaciones correspondientes o según sea necesario para cumplir con leyes, normativas o acuerdos aplicables.

Disposición de emergencia de salud pública: las fuentes de financiamiento alternativas debidas a una emergencia de salud pública NO evitarán que los pacientes sin seguro reciban asistencia financiera para los balances pendientes que sean aplicables según esta política. Como parte del compromiso de AAH a nuestra comunidad, la ayuda financiera también puede aplicarse a cualquier copago o responsabilidad del paciente asegurado que haya sido eximido pero no pagado/reembolsado por los pagadores o cuando se emitan directrices de facturación contradictorias durante cualquier emergencia de salud pública.