Advocate Health

Effective: 1/1/2025

Política de ayuda financiera

Revised: 7/8/2026

Atrium Health, Aurora Health Care, Advocate Health Care y sus afiliadas (en conjunto, Advocate Health) se comprometen a cuidar la salud y el bienestar de todos los pacientes, más allá de su capacidad de pago. Advocate Health tiene el compromiso de ayudar a los pacientes elegibles en las comunidades a las que servimos a obtener cobertura de varios programas y brindar ayuda financiera a las personas necesitadas, tal como se describe en esta política. Esta política describe el procedimiento, los requisitos y los criterios de elegibilidad relacionados con los programas de ayuda financiera de Advocate Health.

Advocate Health ofrece a las personas elegibles asistencia para la cobertura y ayuda financiera con los siguientes objetivos:

- Servir como modelo del valor central de Advocate Health de "Ofrecer cuidados".
- Garantizar que los pacientes agoten otras oportunidades de cobertura antes de calificar para la ayuda financiera.
- Dar ayuda financiera según la capacidad de pago del paciente.
- Asegurar que Advocate Health cumpla con las reglamentaciones federales o estatales que se aplican a la ayuda financiera.
- Establecer trámites fáciles para los pacientes con una administración eficiente en términos de costos.

Advocate Health siempre ofrecerá atención de emergencia, sin importar la capacidad del paciente para pagar de acuerdo con la Ley Federal EMTALA.

Esta política se aplica a los servicios médicos que facturen los siguientes proveedores:

- Una entidad de Advocate Aurora Health, Inc. o un proveedor médico participante de un hospital de Wisconsin Aurora Health Care.
- Un profesional médico empleado por Wisconsin Aurora Health Care.
- Un proveedor médico participante de Wisconsin.
- Un hospital de Illinois Advocate Health.
- Un profesional médico empleado por Illinois Advocate Health o un proveedor médico participante de Illinois.
- Un establecimiento de Atrium Health o el grupo médico Atrium Health.

En nuestras páginas web de ayuda financiera podrá encontrar una lista de establecimientos y proveedores que no son empleados de Advocate Health ni están cubiertos por la política de ayuda financiera de Advocate Health:

Atrium Health: https://atriumhealth.org/for-patients-visitors/financial-assistance
Advocate Health Care: http://www.advocatehealth.com/financialassistance
Aurora Health Care: http://www.aurorahealthcare.org/patients-visitors/billing-payment/financial-assistance

Residentes de Carolina del Norte: consulten el Apéndice A y la política *NC Medical Debt Mitigation* (Alivio de Deudas Médicas de Carolina del Norte) de Atrium Health. De acuerdo con los objetivos de la iniciativa *NC Medical Debt Mitigation*, el Apéndice A y la política *NC Medical Debt Mitigation* de Atrium Health reemplazan a esta política para los residentes de Carolina del Norte.

Definiciones

Los términos utilizados en esta política deben interpretarse de la siguiente manera:

Montos Generalmente Facturados (AGB, por sus siglas en inglés): montos por atención de emergencia u otra atención médica necesaria que, por lo general, se facturan a las personas que tienen un seguro que cubre esa atención. A las personas elegibles para la ayuda financiera nunca se les facturará un monto superior al que se le factura a un paciente con seguro. El AGB se calcula con el método *"look-back"* (revisión retrospectiva), haciendo un promedio de las reclamaciones permitidas por Medicare y por todas las compañías de seguros privadas de terceros por servicios hospitalarios médicamente necesarios facturados en un período de 12 meses. Para obtener información sobre los cálculos ABG, puede consultar la política de Facturación y Cobranzas de Advocate Health en el sitio web de Advocate Health o llamar al Servicio al Cliente al 1-800-326-2250 para los establecimientos y proveedores médicos de Wisconsin Aurora Health Care, al 847-795-2300 para los establecimientos y proveedores médicos de Illinois Advocate Health, y al 704-512-7171 para los establecimientos y proveedores médicos de Atrium Health.

Electivos: servicios que, según el proveedor médico que los solicita, no son necesarios o son cosméticos.

Paciente elegible: paciente que cumple con los requisitos de elegibilidad para la ayuda financiera incluidos en esta política.

Atención de emergencia: atención inmediata que, según el proveedor médico, es necesaria para evitar poner la salud del paciente en grave peligro, un deterioro grave de las funciones corporales o una disfunción grave de órganos o partes del cuerpo.

EMTALA: Advocate Health dará, sin discriminación, atención médica de emergencia a las personas, sin importar que puedan pagar o no la atención, o su elegibilidad en virtud de esta Política. Dicha atención se proporcionará de conformidad con la Ley Federal de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo (*Emergency Medical Treatment and Labor Act*, EMTALA), artículo 1867 de la Ley de Seguro Social (Título 42 del Código de Estados Unidos, 1395dd).

Niveles Federales de Pobreza (FPG, por sus siglas en inglés): los umbrales de ingresos del grupo familiar aplicables que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos establece de forma regular en el Registro Federal, conforme al Título 42, art. §9902(2) del Código de Estados Unidos (U.S.C.).

Representantes o asesores financieros: los miembros del equipo de Advocate Health que ayudan a los pacientes con o sin seguro médico revisando la situación financiera del paciente en ese momento, a fin de determinar la cobertura disponible y los programas de ayuda financiera, asisten a esos pacientes con la inscripción en los programas disponibles, informan a los pacientes sobre el costo de la atención y colaboran con los pacientes en el manejo general de la responsabilidad económica a cargo de ellos.

Puntaje de ayuda financiera (Puntaje FAS): información que dan los proveedores externos para brindar un mecanismo proactivo, coherente y automatizado con el fin de confirmar el perfil financiero de un paciente.

Normas generalmente aceptadas de la práctica médica: normas que se basan en evidencia científica confiable publicada en la literatura médica revisada por pares, por lo general reconocida por la comunidad médica pertinente, incluidas las recomendaciones de la Sociedad de Especialidades Médicas, opiniones de los médicos que ejercen en el área clínica relevante y cualquier otro factor relevante.

Grupo familiar: el paciente y cualquier persona (como cónyuge, hijos u otras personas a cargo) que podría incluirse en una declaración de impuestos federal, más allá de que el paciente presente o no una declaración de impuestos.

Ingresos financieros del grupo familiar: la suma de todas las fuentes de ingresos recibidas en un período de 12 meses por determinadas personas que viven en el hogar, incluidos, entre otros:

- Ingresos anuales del grupo familiar antes de impuestos.
- Compensación por desempleo.
- Compensación a trabajadores.
- Ingresos del seguro social y renta de seguridad complementaria.
- Pagos a veteranos.
- Ingresos de pensión o jubilación.
- Otros ingresos aplicables como alquileres, pensión alimenticia, manutención de menores y cualquier otro ingreso, sin importar el origen.

Pacientes con seguro: pacientes que tienen seguro y están cubiertos por una compañía de seguros externa.

Grupo médico: servicios médicos profesionales proporcionados por proveedores médicos empleados por Advocate Health.

Médicamente necesarios: servicios de atención médica que un proveedor médico, que actúa con un criterio clínico prudente, proporcionaría a un paciente para evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, o sus síntomas, y que estén de acuerdo con las normas por lo general aceptadas de la práctica médica o que sean apropiados desde el punto de vista clínico, respecto al tipo, frecuencia, extensión, lugar y duración, y se consideren eficaces para la enfermedad o lesión del paciente.

Otras opciones de cobertura: opciones que generarían un pago de terceros en la(s) cuenta(s) que está(n) en revisión para conseguir asistencia para la cobertura y ayuda financiera, por ejemplo: compensación a trabajadores, planes gubernamentales, como Medicare y Medicaid, planes de agencias estatales/federales, asistencia a víctimas, etc., o responsabilidad de terceros por accidentes automovilísticos o de otro tipo.

Proveedores médicos participantes: proveedores de atención médica independientes que han aceptado cumplir con esta Política con respecto a los servicios facturables proporcionados en los hospitales de Advocate Health. Se puede llamar a los proveedores médicos en forma directa para verificar si son proveedores médicos participantes.

Resumen en lenguaje simple (PLS, por sus siglas en inglés): existe un resumen simplificado de esta Política para comprender los criterios de elegibilidad y cómo solicitar ayuda financiera.

Presunción de elegibilidad: de conformidad con las leyes y reglamentaciones estatales, una determinación de elegibilidad para la ayuda financiera basada en criterios específicos considerados con el fin de demostrar la necesidad financiera de un paciente sin seguro sin tener que completar una solicitud de ayuda financiera.

Compañías de seguro externas: cualquier entidad que garantice el pago en nombre de un paciente, incluidas compañías de seguros, compensación a trabajadores, planes gubernamentales, como Medicare y Medicaid, planes de agencias estatales/federales, asistencia a víctimas, o responsabilidad de terceros por accidentes automovilísticos o de otro tipo. Los planes de costos médicos compartidos como, por ejemplo, Medishare, no se consideran una compañía de seguros externa.

Saldos a cargo del paciente: la parte de la factura de un paciente que el paciente o el garante del paciente están obligados por ley a pagar después de los descuentos aplicables.

Paciente sin seguro: un paciente que no está cubierto en forma total ni en forma parcial por una compañía de seguros externa y no es beneficiario de un seguro médico público o privado, ni de otro programa de cobertura de salud (por ejemplo, seguro privado, Medicare, Medicaid o Ayuda para las víctimas de delitos), y cuya lesión no es compensable a los fines de la compensación a trabajadores, seguro del automóvil, responsabilidad civil u otro seguro de terceros, según lo determine Advocate Health conforme a los documentos e información que brinde el paciente, o que se obtengan de otras fuentes, para el pago de los servicios de atención médica prestados por Advocate Health.

Pacientes sin seguro

Se revisará la situación de los pacientes sin seguro para verificar si pueden obtener ayuda financiera a través de un proceso automatizado o del proceso de asistencia para la cobertura completado por los miembros del equipo de representantes o asesores financieros de Advocate Health. Representantes o asesores financieros de Advocate Health revisarán la situación de los pacientes sin seguro que buscan ayuda para explorar otras oportunidades de cobertura antes de determinar la elegibilidad para la ayuda financiera.

Proceso de Asistencia para la Cobertura

- Los pacientes sin seguro admitidos en el hospital o que reciban servicios ambulatorios que generen un saldo considerable serán entrevistados por el equipo de representantes o asesores financieros de Advocate Health. La entrevista consiste en recopilar la información necesaria para evaluar la elegibilidad del paciente para las opciones de cobertura (por ejemplo, Medicaid), y para determinar la elegibilidad para la ayuda financiera.
- Si los pacientes sin seguro no son entrevistados antes del alta, el equipo de representantes o asesores financieros de Advocate Health intentará comunicarse con el paciente para recopilar la información necesaria para completar la entrevista. Los pacientes pueden iniciar una entrevista telefónica al número proporcionado en la correspondencia del equipo de representantes o asesores financieros, o llamar al Servicio al Cliente o por correo si descargan y completan una solicitud para enviarla al equipo de representantes o asesores financieros.
- Si el proceso de asistencia para la cobertura indica una alta probabilidad de que el paciente califique para otras oportunidades de cobertura (por ejemplo, Medicaid), se le pedirá que, con la ayuda del equipo de representantes o asesores financieros, intente conseguir esas oportunidades de cobertura antes de postularse para la ayuda financiera de Advocate Health. [1]
- **Si el paciente colabora por completo en el proceso de búsqueda de opciones de cobertura**, pero después se determina que la elegibilidad para dicha cobertura es improbable o se niega por motivos que no incluyen el incumplimiento del paciente, Advocate Health determinará la elegibilidad del paciente para recibir ayuda financiera.
- **Los pacientes sin seguro que no colaboren por completo con el proceso de asistencia para la cobertura serán considerados no elegibles para la ayuda financiera**, que incluye, por ejemplo, colaborar por completo con el equipo de representantes o asesores financieros y las agencias estatales o federales durante todo el proceso de solicitud de Medicaid u otras opciones de cobertura.
- Los pacientes no elegibles para la ayuda financiera debido a la falta de colaboración completa en el proceso de asistencia para la cobertura pueden comunicarse con Servicio al Cliente para analizar las opciones de pago.

[1]Residentes de Carolina del Norte: consulten el Apéndice A y la política *NC Medical Debt Mitigation* (Alivio de Deudas Médicas de Carolina del Norte) de Atrium Health. De acuerdo con los objetivos de la iniciativa *NC Medical Debt Mitigation*, el Apéndice A y la política *NC Medical Debt Mitigation* de Atrium Health reemplazan a esta política para los residentes de Carolina del Norte.

Asistencia para la cobertura: criterios de elegibilidad para la ayuda financiera

- Pacientes sin seguro que viven en Illinois, Wisconsin[1], Carolina del Norte, Carolina del Sur, Georgia o Alabama.
- Pacientes sin seguro que reciben servicios médicamente necesarios en un establecimiento de Advocate Health o por parte de un proveedor médico participante de Advocate Health.

- Pacientes sin seguro que colaboran por completo en el proceso de determinar y buscar otras opciones de cobertura (por ejemplo, Medicaid).[2]
- Pacientes sin seguro que no son elegibles para todas las demás opciones de cobertura para la(s) cuenta(s) bajo revisión.
- La elegibilidad se determinará al comparar el total de ingresos del grupo familiar del paciente con los Niveles Federales de Pobreza (FPG) vigentes en el momento de la revisión.
- Los pacientes sin seguro que cumplen con todos los criterios anteriores, con ingresos del grupo familiar de entre el 0% y el 300% de los Niveles Federales de Pobreza (FPG), son elegibles para el 100% de ayuda financiera.
- Pacientes de Atrium Health: los pacientes sin seguro que cumplen con todos los criterios anteriores, con ingresos del grupo familiar de entre el 301% y el 400% de los Niveles Federales de Pobreza (FPG), son elegibles para un descuento por ayuda financiera del 75% de los cargos brutos totales.
- SOLO los pacientes de Illinois: los pacientes sin seguro que cumplen con todos los criterios anteriores, con ingresos del grupo familiar de entre el 301% y el 600% de los Niveles Federales de Pobreza (FPG), son elegibles para un descuento en la ayuda financiera, conforme a los requisitos reglamentarios del estado de Illinois en virtud de la HUPDA[3].

[1]Pacientes sin seguro que residen en la región de Michigan cerca de los establecimientos fronterizos de Advocate Health o proveedores médicos participantes de Advocate Health.

[2]Residentes de Carolina del Norte: consulten el Apéndice A y la política *NC Medical Debt Mitigation* (Alivio de Deudas Médicas de Carolina del Norte) de Atrium Health. De acuerdo con los objetivos de la iniciativa *NC Medical Debt Mitigation*, el Apéndice A y la política *NC Medical Debt Mitigation* de Atrium Health reemplazan a esta política para los residentes de Carolina del Norte.

[3]En cumplimiento de la Ley de Descuentos para Pacientes Sin Seguro Hospitalario (*Hospital Uninsured Patient Discount Act*, HUPDA) de Illinois (210 ILCS 89/1), entra en efecto a partir del 4/1/09, la elegibilidad para la ayuda financiera de los pacientes con ingresos familiares de cuatro a seis (4-6) veces el FPG está restringida a pacientes con residencia en Illinois y para cargos médicamente necesarios. Advocate Health ha comparado los descuentos para el 135% de la relación costo-cargo del hospital con el AGB y ha aplicado los descuentos más generosos para los pacientes. De conformidad con la HUPDA, el monto cobrado a un paciente se limitará al 20% del ingreso bruto anual del paciente cuando este notifique a Advocate Health que ya le aprobaron la ayuda financiera en los últimos 12 meses.

Puntaje de ayuda financiera (FAS, por sus siglas en inglés)

A los pacientes sin seguro con cuentas de servicios ambulatorios de saldo bajo se los evaluará en forma automática para obtener ayuda financiera con herramientas de selección electrónicas de terceros.

- El proceso de selección de terceros identifica a los pacientes que cumplen con los criterios para recibir el 100% de ayuda financiera, tal como se describe en esta política.
- Los pacientes no están obligados a completar una solicitud para los servicios que se evalúan a través del proceso de FAS.

Elegibilidad para FAS

- Pacientes sin seguro que viven en Illinois, Wisconsin, Carolina del Norte, Carolina del Sur, Georgia o Alabama.
- Pacientes sin seguro que reciben servicios ambulatorios médicamente necesarios en un establecimiento de Advocate Health o por parte de un proveedor médico participante de Advocate Health.

- Pacientes sin seguro que colaboran por completo en el proceso de determinar y buscar otras opciones de cobertura (por ejemplo, Medicaid). [1]
- Pacientes sin seguro que no son elegibles para todas las demás opciones de cobertura para la(s) cuenta(s) bajo revisión.
- Pacientes sin seguro que cumplen con todos los criterios arriba mencionados, con ingresos del grupo familiar de entre el 0% y el 300% de los Niveles Federales de Pobreza (FPG).

[1] Residentes de Carolina del Norte: consulten el Apéndice A y la política *NC Medical Debt Mitigation* (Alivio de Deudas Médicas de Carolina del Norte) de Atrium Health. De acuerdo con los objetivos de la iniciativa *NC Medical Debt Mitigation*, el Apéndice A y la política *NC Medical Debt Mitigation* de Atrium Health reemplazan a esta política para los residentes de Carolina del Norte.

Proceso de FAS

- La elegibilidad para la ayuda financiera a través del proceso de FAS se basa en la cuenta.
- La información que se usa para determinar la elegibilidad se obtiene de un proveedor externo para cuentas de pacientes ambulatorios sin seguro.
- La elegibilidad se determina sobre la base de la información de un proveedor externo que indica la probabilidad de que los ingresos del paciente se encuentren dentro de los criterios del FPG para el 100% de la ayuda financiera.
- Pueden revisarse las cuentas para ver si califican para Medicaid u otras oportunidades de cobertura antes de otorgar la ayuda financiera.
- Las cuentas que califiquen a través del proceso de FAS recibirán 100% de ayuda financiera.
- Los pacientes que no sean elegibles para la ayuda financiera para servicios hospitalarios a través del proceso de FAS recibirán una carta de rechazo que les informará cómo solicitar una revisión de la ayuda financiera.
- Los pacientes sin seguro que se determine que no son elegibles para recibir ayuda financiera a través del proceso de FAS pueden presentar una solicitud de ayuda financiera para su reconsideración. La elegibilidad para la ayuda financiera dependerá de que el paciente colabore por completo en el proceso de intentar conseguir Medicaid u otras oportunidades de cobertura.

[1] Residentes de Carolina del Norte: consulten el Apéndice A y la política *NC Medical Debt Mitigation* (Alivio de Deudas Médicas de Carolina del Norte) de Atrium Health. De acuerdo con los objetivos de la iniciativa *NC Medical Debt Mitigation*, el Apéndice A y la política *NC Medical Debt Mitigation* de Atrium Health reemplazan a esta política para los residentes de Carolina del Norte.

Pacientes con seguro

La ayuda financiera para pacientes con seguro está disponible cuando el paciente recibe una factura. Los pacientes pueden pedir una revisión para obtener ayuda financiera mediante una solicitud por correo o bien por teléfono al Servicio al Cliente.

Criterios de elegibilidad para la ayuda financiera para pacientes con seguro:

- Pacientes con seguro que viven en Illinois, Wisconsin, Carolina del Norte, Carolina del Sur, Georgia o Alabama.
- Pacientes con seguro que reciben servicios médicamente necesarios en un establecimiento de Advocate Health o por parte de un proveedor médico participante de Advocate Health.
- Pacientes con seguro que están dentro de la red[1] según el plan de beneficios de una compañía de seguros externa en un establecimiento de Advocate Health o por parte de un proveedor de Advocate Health (o un

proveedor participante), excepto los servicios recibidos en un departamento de emergencias de Advocate Health.

- Pacientes con seguro con reclamaciones adjudicadas en su totalidad que generan un saldo a su cargo.
- Pacientes con seguro que colaboran por completo con la compañía de seguros externa para resolver problemas de pago, si corresponde. por ej., preguntas de coordinación de beneficios, información sobre accidentes, etc.
- Pacientes con seguro que colaboran por completo con la determinación de otras opciones de cobertura secundaria. [2]
- Pacientes con seguro que no son elegibles para todas las demás opciones de cobertura secundaria para la(s) cuenta(s) bajo revisión.
- Los pacientes con seguro que cumplen con todos los criterios anteriores, con ingresos del grupo familiar de entre el 0% y el 300% de los Niveles Federales de Pobreza (FPG), recibirán el 100% de ayuda financiera sobre el saldo a su cargo bajo revisión.

[1]De acuerdo con los objetivos de la iniciativa *NC Medical Debt Mitigation* (Alivio de Deudas Médicas de Carolina del Norte), los pacientes con seguro que sean residentes de Carolina del Norte y que reciban servicios en un hospital de Atrium Health de Carolina del Norte pueden calificar, sin importar el estatus en la red de su plan de seguro.

[2]Residentes de Carolina del Norte: consulten el Apéndice A y la política *NC Medical Debt Mitigation* (Alivio de Deudas Médicas de Carolina del Norte) de Atrium Health. De acuerdo con los objetivos de la iniciativa *NC Medical Debt Mitigation*, el Apéndice A y la política *NC Medical Debt Mitigation* de Atrium Health reemplazan a esta política para los residentes de Carolina del Norte.

Servicios elegibles para ayuda financiera

- Los servicios elegibles incluyen los servicios de emergencia y los servicios médicos necesarios que se reciben en un hospital o de un proveedor de Atrium Health, Aurora Health Care o Advocate Health Care (en conjunto, Advocate Health).
- La cirugía estética no es elegible para la ayuda financiera.

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

- La entrevista del equipo de representantes y asesores financieros a los pacientes sin seguro apunta a recopilar la información necesaria para evaluar la elegibilidad del paciente para las opciones de cobertura (por ejemplo, Medicaid), y determinar la elegibilidad para la ayuda financiera. Los pacientes no entrevistados pueden iniciar una entrevista telefónica si llaman al número proporcionado en la correspondencia del equipo de representantes y asesores financieros, o al Servicio al Cliente o si descargan y envían la solicitud por correo al equipo de representantes y asesores financieros.
- Los pacientes con seguro[1] pueden presentar una solicitud después de recibir una factura llamando a Servicio al Cliente o descargando una solicitud y enviándola por correo al equipo de Representantes Financieros/Asesores Financieros.
- Además de la información obtenida del paciente, se podrá utilizar información de fuentes de terceros para determinar la elegibilidad del paciente para recibir ayuda financiera, incluidos, entre otros:
  - Ingresos del grupo familiar estimados en comparación con el FPG.
  - Portales o bases de datos estatales que proporcionan información sobre cobertura de asistencia pública.

- Herramientas de elegibilidad para buscar y verificar la elegibilidad para la cobertura del seguro de salud, Medicaid y cobertura de asistencia pública.
- Cuando corresponda, se utilizará información procedente de fuentes externas para validar los datos proporcionados por el paciente en la entrevista o en la solicitud de ayuda financiera. Si hay una discrepancia entre la información de fuentes externas y la que el paciente proporcionó, se le podrá pedir que presente documentación adicional, incluidos, entre otros, lo siguiente:
- Las últimas declaraciones de impuestos anuales del paciente, formularios W-2, la documentación de impuestos sobre los ingresos del paciente, talones de cheques, declaraciones de desempleo, o cartas de respaldo 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 usando estas mismas opciones de verificación.
- El paciente puede demostrar su residencia en el estado presentando dos (2) de las siguientes formas válidas de identificación que indiquen la misma dirección: licencia de conducir emitida por el estado (u otra tarjeta de identificación con foto, como ID de estudiante o militar), facturas de servicios públicos (gas, electricidad, agua), estados de cuenta bancarios, registros de automóviles, o cualquier otro correo recibido de una entidad gubernamental con la fecha y dirección actuales.
- Advocate Health conservará los estados de cuenta financieros, la verificación de ingresos y la documentación de proveedores externos por un período de 10 años, o según lo exija la ley. La falsificación de información financiera, incluida la retención de información, será motivo para rechazar la ayuda financiera.

- Se le notificará al paciente acerca de la determinación de elegibilidad para la ayuda financiera por correo, de forma verbal o en persona, según corresponda.
- Si se determina que un paciente es elegible para recibir ayuda financiera, se revisarán los pagos realizados por servicios elegibles antes de que el paciente solicitara la ayuda financiera a fin de establecer si el paciente es elegible para un reembolso.
- Los pacientes que se determine que no son elegibles para recibir ayuda financiera pueden llamar a Servicio al Cliente para crear un plan de pago con el objetivo de cancelar el saldo restante a cargo del paciente. Los saldos a cargo del paciente están sujetos a la Política de Facturación y Cobranzas de Advocate Health.

[1]De acuerdo con los objetivos de la iniciativa *NC Medical Debt Mitigation* (Alivio de Deudas Médicas de Carolina del Norte), los pacientes con seguro que sean residentes de Carolina del Norte y que reciban servicios en un hospital de Atrium Health de Carolina del Norte pueden calificar, sin importar el estatus en la red de su plan de seguro.

Determinaciones de presunción de elegibilidad

Puede hacerse una determinación de presunción de elegibilidad de acuerdo con las leyes y reglamentaciones estatales. Los pacientes que califican bajo ciertos programas de asistencia federales y estatales u otros criterios no relacionados con los ingresos pueden considerarse de forma presunta elegibles para el 100% del ajuste de la ayuda financiera y no necesitan ninguna solicitud. **La información sobre el proceso y los estados participantes se incluye en el Apéndice A.**

Período de elegibilidad

- Sin seguro: La ayuda financiera estará vigente en forma retrospectiva para todos los saldos abiertos elegibles a cargo del paciente, y en forma prospectiva durante un máximo de 180 días.
  - Los servicios futuros dentro del período de 180 días pueden revisarse para ver si califican para Medicaid u otras oportunidades de cobertura. Los pacientes deben colaborar por completo con el proceso de

asistencia para la cobertura a fin de mantener la elegibilidad para la ayuda financiera durante el período de 180 días en caso de que no sean elegibles para otra cobertura.
  - Si se producen cambios durante el período de elegibilidad, el paciente debe colaborar con el proceso de asistencia para la cobertura a fin de mantener la elegibilidad para la ayuda financiera.
  - El paciente deberá comunicar a Advocate Health cualquier cambio significativo en su situación financiera que se produzca durante el período de 180 días posterior a la aprobación que pueda afectar su estatus de elegibilidad. Esta comunicación debe tener lugar dentro de los treinta (30) días después del cambio. Si el paciente no lo hace, se podría anular cualquier monto de ayuda financiera que Advocate Health otorgue después de ocurrido el cambio sustancial.

- Con seguro: La ayuda financiera estará vigente para los saldos restantes existentes elegibles después de que todos los terceros hayan pagado. Los pacientes deben volver a solicitar ayuda financiera para cualquier atención de emergencia y médicamente necesaria que ocurra en el futuro.

Fraude

Advocate Health se reserva el derecho de revertir los ajustes a la ayuda financiera establecidos por esta política si se determina que la información suministrada por el paciente durante el proceso de recopilación de información es falsa, o si Advocate Health se entera de que el paciente ha recibido una compensación por los servicios médicos de otras fuentes no reveladas a Advocate Health.

Solicitudes de ayuda financiera

Las solicitudes de ayuda financiera son para los pacientes que se detallan a continuación:
- Pacientes sin seguro que no fueron entrevistados prode forma activa por un representante o asesor financiero.
- Pacientes sin seguro a quienes se les negó la ayuda financiera durante el proceso automatizado de puntaje de ayuda financiera y desean que se vuelva a considerar su elegibilidad para la ayuda financiera.
- Pacientes con seguro que solicitan una revisión para la ayuda financiera después de recibir una factura.

Cómo presentar la solicitud:

- Atrium Health
  - En línea desde un teléfono, tableta o computadora, a través del enlace disponible en la página de ayuda financiera en el sitio web de Atrium Health o dirigiéndose a https://ola.veritysource.com/atrium.
  - Descargue una solicitud de ayuda financiera desde https://atriumhealth.org/for-patients-visitors/financial-assistance y envíela por correo a:
    Atrium Health Business Office
    ATTN: Coverage Assistance Services
    P.O. Box 32861
    Charlotte, NC 28232-2861
  - Llame al 704-512-7171 o al 1-844-440-6536

- Illinois – Advocate Health Care
  - Descargue una solicitud de ayuda financiera desde http://www.advocatehealth.com/financialassistance y envíela por correo a:
    Advocate Health Care Financial Advocates
    P.O. Box 3039
    Oak Brook, IL 60522-9908

- Llame al 847-795-2300

- Wisconsin – Aurora Health Care
  - Descargue una solicitud de ayuda financiera desde http://www.aurorahealthcare.org/patients-visitors/billing-payment/financial-assistance y envíela por correo a:
    Aurora Health Care Financial Advocates
    P.O. Box 909996
    Milwaukee, WI 53209-0996
  - Llame al 1-800-326-2250

Los pacientes tienen 240 días desde la primera fecha de la factura después del alta para solicitar la ayuda financiera.

A los fines de la ayuda financiera, solo se revisarán las solicitudes que se hayan completado en su totalidad. Una solicitud se considera completa si todos los campos están llenos, si se recibieron todos los documentos requeridos y si un representante o asesor financiero ha revisado la información y consideró al paciente no elegible para otras oportunidades de cobertura. Luego se procesa la solicitud para la ayuda financiera y se hace la determinación en forma oportuna.

Solicitudes incompletas: Si una solicitud está incompleta o si el paciente no ha proporcionado la información requerida o tomado las medidas requeridas por un representante de Advocate Health, un representante o asesor financiero informará al paciente y le explicará qué información se necesita para completar la solicitud. La información necesaria debe ser proporcionada a Advocate Health dentro de los 30 días posteriores a la notificación al paciente, a menos que Advocate Health se entere de circunstancias concluyentes.

Comunicación de la política

Para que los pacientes de Advocate Health y la comunidad en general tomen conocimiento de la disponibilidad de ayuda financiera, Advocate Health adopta las siguientes medidas para comunicar la política y los procesos de asistencia para la cobertura y ayuda financiera:

- Entrevistas de divulgación en el lugar completadas por representantes o asesores financieros a fin de evaluar la elegibilidad para oportunidades de cobertura (por ejemplo, Medicaid) y ayuda financiera.
- Se colocará un resumen de los programas de ayuda financiera en lenguaje simple en todos los departamentos de emergencias, áreas de registro de pacientes y se incluirá en todos los estados de cuenta. El resumen en lenguaje simple incluye información sobre los programas de ayuda financiera disponibles en virtud de esta política de ayuda financiera, información sobre cómo presentar una solicitud, el número de teléfono del departamento que puede proporcionar información sobre la política de ayuda financiera, y cómo acceder a las copias de dicha política.
- Los sitios web de Advocate Health, Aurora Health Care y Atrium Health informan sobre los programas de ayuda financiera disponibles, de qué modo los pacientes pueden solicitarla, los números de teléfono de los departamentos que pueden dar información sobre la ayuda financiera, el resumen en lenguaje simple, copias de la política de ayuda financiera, la solicitud de ayuda financiera y la política de Facturación y Cobranzas.
- Consultas al Departamento de Servicio al Cliente.

Medidas en caso de falta de pago

La información sobre las prácticas de facturación y cobranza de Advocate Health puede encontrarse en una política sobre facturación y cobranza por separado, que se encuentra en los sitios web de Advocate Health, Aurora Health Care y Atrium Health. También se puede obtener una copia gratis de la política por correo que deberá solicitar por teléfono al Departamento de Servicio al Cliente:

- Atrium Health
  - Visite https://atriumhealth.org/for-patients-visitors/financial-assistance
  - Llame al 704-512-7171 o al 1-844-440-6536
- Illinois – Advocate Health Care
  - Visite http://www.advocatehealth.com/financialassistance
  - Llame al 847-795-2300
- Wisconsin – Aurora Health Care
  - Visite http://www.aurorahealthcare.org/patients-visitors/billing-payment/financial-assistance
  - Llame al 1-800-326-2250

Control de calidad y otras disposiciones

Control de calidad: los miembros del equipo de Advocate Health tienen prohibido hacer recomendaciones o procesar solicitudes de ayuda financiera para familiares, amigos, conocidos y compañeros de trabajo. El Departamento de Control de Calidad de Servicios Financieros del Paciente realizará auditorías regulares de las cuentas procesadas para la ayuda financiera de pacientes, para garantizar que se sigan las políticas y se cumplan los procesos.

Ajustes en los criterios de elegibilidad: Advocate Health podrá modificar con frecuencia los criterios de elegibilidad en esta política sobre la base de evaluaciones de necesidades o estudios de mejoras para la salud comunitaria realizados por organizaciones aplicables o según sea necesario para cumplir con las leyes, reglamentaciones o acuerdos del condado correspondientes.

Disposición sobre emergencias de salud pública: fuentes de financiamiento alternativas debido a una emergencia de salud pública NO impedirán que los pacientes sin seguro reciban ayuda financiera por los saldos restantes que califiquen en virtud de esta política. Como parte del compromiso de Advocate Health con nuestra comunidad, la ayuda financiera también podrá aplicarse a copagos u obligaciones de pacientes con seguro que se hayan exonerado, pero que los pagadores no hayan pagado/reembolsado, o cuando se emitan pautas de facturación contradictorias durante una emergencia de salud pública.

Apéndice A

En algunos estados, los pacientes inscritos en determinados programas de asistencia federales y estatales o que cumplan con otros criterios no relacionados con los ingresos pueden calificar para recibir el 100% de ayuda financiera, y no se necesita ninguna solicitud.

Presunción de elegibilidad en Carolina del Norte

- De acuerdo con la iniciativa *NC Medical Debt Mitigation* (Alivio de Deudas Médicas de Carolina del Norte) se tomarán determinaciones de presunción de elegibilidad para los pacientes que sean residentes de Carolina del Norte y reciban servicios hospitalarios en un establecimiento de Atrium Health en Carolina del Norte. Los pacientes que califiquen bajo ciertos programas de asistencia federales y estatales u otros criterios no relacionados con los ingresos podrán considerarse de forma presunta elegibles para el 100% del ajuste de la ayuda financiera y no necesitan ninguna solicitud.
- La presunta elegibilidad puede basarse en que los pacientes cumplan con criterios no relacionados con los ingresos, por ejemplo:
  - Falta de vivienda.
  - Inscripción en programas gubernamentales de asistencia basados en la comprobación de recursos, como, el programa de nutrición para mujeres, bebés y niños, el programa de asistencia de nutrición suplementaria y la asistencia temporal para familias necesitadas.
  - Elegibilidad de medicaid para el paciente o un niño en el hogar del paciente.
  - Discapacidad mental sin que haya nadie para actuar en nombre del paciente.
- Si cumplen por lo menos con un criterio de presunción de elegibilidad no relacionado con los ingresos, los pacientes no están obligados a presentar documentación u otra verificación de que cumplen con la elegibilidad.
- El proceso para determinar si los pacientes cumplen con los criterios de presunción de elegibilidad no relacionados con los ingresos incluye lo siguiente:
  - Información reunida durante el proceso de registro/inscripción.
  - La información también puede obtenerse de los equipos de atención médica para garantizar que se complete una revisión exhaustiva.
- Los pacientes que cumplan al menos con uno de los criterios de presunción de elegibilidad no relacionados con los ingresos calificarán para el 100% de ayuda financiera, y se les notificará antes del alta.
- A los pacientes que cumplan con los criterios de presunción de elegibilidad para la ayuda financiera se los podría someter a una revisión para ver si califican para Medicaid u otras oportunidades de cobertura. Esos pacientes no serán considerados responsables por lo financiero si más adelante se determina que no son elegibles para Medicaid u otras oportunidades de cobertura.
- Los pacientes que no cumplan con los criterios de presunción de elegibilidad no relacionados con los ingresos y que no reciban la aprobación para otro programa de ayuda financiera, según se describe en esta política, recibirán información sobre otros métodos para solicitar ayuda financiera.
- Los ingresos son un factor que impulsa la presunción de elegibilidad. Se evaluará a los residentes de Carolina del Norte que reciben servicios hospitalarios en un establecimiento de Atrium Health en Carolina del Norte para determinar la ayuda financiera utilizando una herramienta de selección electrónica de terceros.
  - El proceso de terceros identifica a los pacientes que cumplen los criterios para acceder a una ayuda financiera del 100% según los lineamientos de esta política.
  - Los pacientes que cumplen con los criterios basados en los ingresos para la presunción de elegibilidad calificarán para una ayuda financiera del 100% y se los notificará antes de emitir una factura.

De acuerdo con los objetivos de la iniciativa *NC Medical Debt Mitigation* (Alivio de Deudas Médicas de Carolina del Norte), los residentes de Carolina del Norte que están inscritos de forma activa en Medicaid y reciben servicios en un hospital de Atrium Health en Carolina del Norte recibirán una ayuda financiera del 100% en toda la deuda médica impaga, retroactivo al 1 de enero de 2014. Esto incluye cualquiera de las deudas correspondientes a un plan de pago que el paciente haya acordado con anterioridad.

Presunción de elegibilidad de Illinois

- Podría tomarse una determinación de presunción de elegibilidad para los pacientes en Wisconsin e Illinois, de conformidad con la *Illinois Fair Patient Billing Act* (ley de facturación justa a los pacientes de Illinois). Los pacientes sin seguro que califican bajo ciertos programas de asistencia federales y estatales pueden considerarse de forma presunta elegibles para el 100% del ajuste de la ayuda financiera y no necesitan ninguna solicitud.
- Si se verifica al menos uno de los criterios, no se solicitará ningún otro comprobante de ingresos.
- AAH puede pedirle al paciente que presente una verificación de elegibilidad si el representante financiero no puede verificar la elegibilidad de manera electrónica.
- Si el representante financiero puede determinar que un paciente es de forma presunta elegible para la ayuda financiera, no se requiere una solicitud por escrito.
- Los criterios de presunción de elegibilidad se demuestran mediante la inscripción en uno de los siguientes programas:
  O Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC).
  O Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP).
  O Programa de Desayunos y Almuerzos Gratuitos de Illinois.
  O Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP).
  O Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF).
  O Programa de Apoyo para Viviendas de Alquiler de la Autoridad de Desarrollo de Viviendas de Illinois.
  O Programa comunitario organizado o programa de salud benéfico que proporciona atención médica y evalúa y documenta el estatus financiero de bajos ingresos como criterio.
  o Elegibilidad para Medicaid, pero no elegible en la fecha del servicio o para un servicio no cubierto (solo para los pacientes de Illinois).
- Los criterios de presunción de elegibilidad también pueden demostrarse mediante las siguientes circunstancias de la vida:
  O Recepción de asistencia mediante subvenciones para servicios médicos.
  O Falta de vivienda.
  O Persona fallecida sin bienes sucesorios.
  O Discapacidad mental sin que haya nadie para actuar en nombre del paciente.
  O Reclusión en una institución penal.
  O Afiliación a una orden religiosa y voto de pobreza.
  O Evidencia de una agencia de informes externa independiente que indique que los ingresos familiares son inferiores a dos veces el FPL.
- Las maneras de demostrar la presunta elegibilidad incluyen:
  O Confirmación electrónica de la inscripción en el programa u otros criterios de presunción de elegibilidad.
  O Cuando no sea posible la confirmación electrónica independiente, se solicitará una prueba de inscripción u otros criterios de elegibilidad. Cualquiera de los siguientes será una prueba satisfactoria:
  O Cupón de WIC.
  O Tarjeta de SNAP con impresión de la pantalla del comprobante de inscripción o copia de la carta de aprobación de SNAP.
  O Carta de la escuela o Notificación de comidas gratis/a precio reducido y exención de cargos con firma.
  O Otorgamiento o carta de aprobación de LIHEAP.

O Carta de aprobación de TANF de la Cruz Roja, del Departamento de Servicios Humanos (DHS) o del Departamento de Salud y Servicios para Familias (HFS).
O Recibo de alquiler en el caso de un programa de vivienda subsidiada a nivel federal o estatal.
O Carta de ajuste del alquiler del arrendador, o tarjeta o carta del HUD.
O Tarjeta o declaración de subvención que indique la elegibilidad para un programa del estado de Illinois.
O Declaración de la Agencia de Subvenciones o carta de subvención.
O Certificación personal o carta de la iglesia o de un albergue que confirme la falta de vivienda.
O Carta de un abogado, hogar grupal, albergue, orden religiosa o iglesia.