



## **Título: Asistencia financiera – Instalaciones hospitalarias 1.BR.34**

Fecha de entrada en vigor: 09/09/05; Rev.: 04/07, 12/07, 10/10, 08/11, 02/12, 01/16, 10/19, 11/21, 7/23, 8/23

**POLÍTICA:** Los Hospitales y Organizaciones hospitalarias de “Iowa Health System”, que opera bajo el nombre comercial de “UnityPoint Health” (“UPH”), cumplirán con sus misiones de caridad al proporcionar servicios de emergencia y otros servicios de atención médicamente necesaria a todas las personas, sin importar su capacidad de pago. Los Hospitales y Organizaciones hospitalarias de UPH deberán proporcionar asistencia financiera a los pacientes elegibles.

**ALCANCE:** Todos los Hospitales y Organizaciones Hospitalarias de UPH (denominados colectivamente “Hospitales de UPH”) que están exentos de impuestos en virtud de la Sección 501(c)(3), en Illinois e Iowa, e incluidos en el Anexo D que se adjunta.

**PRINCIPIOS:** Como organizaciones de caridad exentas de impuestos en virtud de la Sección 501(c)(3) del Código de Rentas Internas (Internal Revenue Code, “IRC”), los Hospitales de UPH atienden las necesidades de atención médicamente necesaria de todos los pacientes que solicitan atención médica, independientemente de sus capacidades financieras de pagar por los servicios prestados. Del mismo modo, los pacientes tienen la obligación de obtener una cobertura de seguro y pagar por una parte de sus servicios de atención médica, y los Hospitales de UPH tienen la obligación de obtener el pago por parte de los pacientes.

De conformidad con la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas y otras leyes estatales vigentes, para seguir estando exento de impuestos, cada Hospital de UPH está obligado a adoptar y difundir ampliamente su política de asistencia financiera. Si la provisión de asistencia financiera está sujeta a requisitos adicionales de las leyes federales o estatales, y esas leyes imponen requisitos más estrictos que en esta política, los requisitos más estrictos regirán (p. ej., Ley de beneficios comunitarios 210 ILCS 76).

El propósito de esta política es describir las circunstancias en las cuales los Hospitales de UPH proporcionarán atención médica con descuento a los pacientes financieramente necesitados.

### 1. Definiciones.

- 1.1 Hospital. Una instalación que, por exigencia de un estado, debe tener una licencia, estar registrada o ser similarmente reconocida como un hospital. Múltiples edificios operados por una Organización hospitalaria bajo una única licencia del estado se consideran un único Hospital.
- 1.2 Organización de hospitales. Una organización reconocida o que busca ser reconocida, tal como se describe en la Sección 501(c)(3), que opera uno o más

Hospitales. Esto incluye cualquier otra organización que tenga la función o el propósito principal de proporcionar atención hospitalaria.

- 1.3 Montos permitidos. Monto de pago máximo por los servicios de atención médica cubiertos. Puede ser llamado “gasto elegible”, “subsidio de pago” o “tarifa negociada”.
- 1.4 Montos generalmente facturados a las personas que tienen seguro (Amounts Generally Billed, “AGB”). El siguiente método es utilizado por los Hospitales para calcular los Montos generalmente facturados a las personas que tienen seguro en esta política.
  - 1.4.1  $AGB \% = (\text{Suma de todos los Montos permitidos por el cargo por servicio de Medicare} + \text{Suma de todos los Montos permitidos por las aseguradoras de salud privadas durante un período previo de 12 meses}) / (\text{Suma de los cargos brutos por las mismas reclamaciones})$
  - 1.4.2  $AGB = (\text{Cargos brutos por la Atención médicamente necesaria o la Atención médica de emergencia}) \times (AGB \%)$
  - 1.4.3 Los montos de AGB actuales para cada hospital de UPH se adjuntan en el Anexo C a esta política. Los montos de AGB se actualizarán anualmente.
- 1.5 Atención médicamente necesaria. Servicios que son o están (1) coherentes con el diagnóstico y el tratamiento de la afección del paciente; (2) de conformidad con los estándares de la buena práctica médica; (3) necesarios para atender las necesidades médicas del paciente y se brindan por razones distintas de la conveniencia del paciente o del médico o cuidador del paciente y (4) el tipo menos costoso de servicio que satisfaga razonablemente las necesidades médicas del paciente.
- 1.6 Atención médica de emergencia. Tal como se define en la Ley para el Tratamiento de las Urgencias Médicas y los Partos Activos (Emergency Medical Treatment and Labor Act, “EMTALA”), una afección médica que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad tal que podría esperarse razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata diera lugar a un grave riesgo para la salud del Paciente, un deterioro grave de las funciones corporales o una disfunción grave de algún órgano corporal. También incluye a una mujer embarazada que está teniendo contracciones.
- 1.7 Paciente(s). Incluye al paciente y/o a la parte responsable por el paciente (padre, tutor, garante).
- 1.8 Pacientes elegibles para la Asistencia financiera. Pacientes que siguen los procedimientos definidos en esta política y que se ha determinado que son elegibles para la Asistencia financiera de conformidad con esta política.

- 1.9 Las definiciones que son específicas para los requisitos del estado de Illinois se incluyen en el Anexo B que se adjunta a esta política.
2. Elegibilidad para la Asistencia financiera.
- 2.1 La asistencia financiera está disponible únicamente para la Atención médicamente necesaria y la Atención médica de emergencia proporcionada a los Pacientes elegibles para la Asistencia financiera. Se ofrecerá asistencia financiera a los pacientes elegibles para cubrir la responsabilidad de los pacientes no asegurados, así como a los pacientes con saldos restantes tras el pago del seguro. La asistencia financiera se basará en las siguientes pautas, a menos que esté sujeta a requisitos de la ley estatal que entren en conflicto con dichas pautas, los cuales tendrán precedencia, tal como se indica en el Anexo B adjunto a esta política.
- 2.2 Los Pacientes elegibles para la Asistencia financiera que estén por debajo del 600 % de los Niveles Federales de Ingresos de Pobreza (Federal Poverty Income Guidelines, “FPIG”) actuales pueden ser elegibles para la Asistencia financiera. A los Pacientes elegibles para la Asistencia financiera no se les facturará más que los Montos generalmente facturados a las personas que tienen seguro. El Anexo A, que se adjunta a esta política, contiene la versión anual más reciente de los Niveles Federales de Ingresos de Pobreza.
- 2.3 A las facturas del Hospital se les restarán los siguientes montos para los pacientes en cada categoría de FPIG indicada a continuación:
- 0-200 % de las FPIG: 100 % de descuento sobre el AGB
- 201-225 % de las FPIG: 65 % de descuento sobre el AGB
- 226-250 % de las FPIG: 45 % de descuento sobre el AGB
- 251-300 % de las FPIG: 25 % de descuento sobre el AGB
- 301-400 % de las FPIG: 5 % de descuento sobre el AGB
- 401-600% de las FPIG: únicamente el AGB
- 2.4 El ingreso del grupo familiar será tenido en cuenta para determinar si un Paciente es elegible para recibir asistencia. El ingreso del grupo familiar incluye, entre otros, lo siguiente: Parejas tradicionalmente casadas, hijos (biológicos, hijastros o adoptados) y parejas que viven juntas. (En el caso de las parejas casadas o que vivan juntas, se requiere que las partes se presenten como una pareja y compartan gastos, ya sean del mismo sexo o de sexo masculino/femenino).

- 2.5 Además de los ingresos del grupo familiar, el Hospital tendrá en cuenta si la familia del Paciente tiene activos que puedan ser utilizados para cumplir con su obligación financiera. Los activos pueden incluir, entre otros, dinero en efectivo, cuentas de ahorros y cheques, certificados de depósito, acciones y bonos, cuentas de jubilación individuales (Individual Retirement Account, “IRA”), fondos fiduciarios, bienes raíces (sin incluir la vivienda del Paciente) y vehículos automotores. El Hospital también considerará los pasivos que sean responsabilidad del grupo familiar del Paciente. Los bienes de un paciente no serán considerados si el paciente recibe servicios de un proveedor que forma parte de National Health Services Corps o programas de perdón de préstamos de atención primaria.
- 2.6 La información sobre solicitudes de asistencia financiera previas presentadas por un Paciente (o por un miembro del grupo familiar del Paciente) puede utilizarse para determinar la elegibilidad actual para la asistencia. UPH también utiliza ayuda de agencias de terceros para realizar las cobranzas. Si esas agencias proporcionan a UPH una declaración sobre el nivel probable de FPIG de un Paciente, UPH utilizará esa información para determinar el estado de elegibilidad para la Asistencia financiera y el nivel de descuento disponible.
- 2.7 Elegibilidad presunta. Los Pacientes que cumplan con los criterios de elegibilidad presunta en virtud de esta sección podrán recibir asistencia financiera sin completar la solicitud de asistencia financiera. Se debe obtener y archivar la documentación que respalde que el Paciente reúne los requisitos para la participación en un programa que se enumera a continuación en la sección 2.7.1. La documentación puede incluir una copia de una tarjeta emitida por el gobierno u otra documentación que indique la elegibilidad o el cumplimiento de los requisitos, o una impresión de pantalla de una página web que indique la elegibilidad del Paciente. A menos que se indique lo contrario, un paciente que se presuma elegible en virtud de estos criterios presuntivos continuará siendo elegible por los doce (12) meses siguientes a la fecha de la aprobación inicial, a menos que el personal del hospital tenga razones para creer que el paciente ya no cumple con los criterios presuntivos.
- 2.7.1 Los Pacientes que reúnan los requisitos y que estén recibiendo los beneficios de los siguientes programas se pueden presumir elegibles para recibir un 100 % de asistencia financiera:
- 2.7.1.1 *Programa de Cupones para Alimentos* del Servicio de Alimentos y Nutrición del Departamento de Agricultura de Estados Unidos de América.
- 2.7.1.2 Elegibilidad limitada – Personas indocumentadas ilegales/ventana de emergencia de 3 días. El Departamento de Servicios Humanos de Iowa permite hasta tres días de beneficios de Medicaid a pagar por el costo de servicios de

emergencia para las personas indocumentadas que no cumplan con los requisitos de ciudadanía, condición de extranjero o número de seguridad social. Los servicios de emergencia deben ser proporcionados en un Hospital que pueda brindar la atención médica requerida después de haberse producido la afección médica de emergencia. La elegibilidad presunta para esta categoría se considerará válida por doce (12) meses a partir de la fecha del evento emergente.

2.7.1.3 Programa Medicaid (sin incluir el período de bloqueo y/o el programa de excedente de ingresos), incluidos los servicios no cubiertos, pero médicamente necesarios

2.7.1.4 Asistencia nutricional para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, “WIC”)

2.8 Los requisitos de las leyes estatales que contengan requisitos adicionales y/o más estrictos de elegibilidad se respetarán en esos estados.

### 3. Comunicación de información sobre Asistencia financiera.

3.1 Cada Hospital comunicará la disponibilidad de asistencia financiera a todos los Pacientes y a la comunidad. Las copias de la política de asistencia financiera (Política 1.BR.34), la solicitud de asistencia financiera y el Resumen en términos sencillos estarán disponibles por correo postal, en la página web de cada Hospital y para solicitar en persona en cada Hospital.

3.2 La Oficina Central de Facturación de UPH está disponible por teléfono, llamando al (844) 849-1260, para responder preguntas sobre la política, o bien los Pacientes pueden dirigirse a la oficina del cajero en el Hospital para obtener esta información.

3.3 Los Hospitales de UPH desarrollarán un Resumen en términos sencillos de esta política.

3.3.1 El Resumen en términos sencillos estará disponible por correo postal, en la página web de cada Hospital y para solicitar en persona en cada Hospital.

3.3.2 El Resumen en términos sencillos se ofrecerá como parte de la admisión y/o el alta del Paciente.

3.3.3 El Resumen en términos sencillos se debe incluir cuando se le envía a un Paciente una notificación por escrito de que podrían tomarse Medidas de cobranza extraordinarias en su contra. Las Medidas de cobranza extraordinarias que un Hospital puede tomar se detallan en la

Política UPH 1.BR.40, Facturación y cobranza, una copia de la cual se puede obtener en cada Hospital y en el sitio web de cada Hospital.

- 3.4 Esta política, el Resumen en términos sencillos y todos los formularios de asistencia financiera deben estar disponibles en inglés y en cualquier otro idioma hablado por poblaciones con Capacidad limitada en inglés (Limited English Proficiency, “LEP”) compuestas por 1000 personas o que constituyan más del 5 % de la comunidad atendida por el Hospital, lo que sea menor. Estos documentos traducidos estarán disponibles por correo postal, en la página web de cada Hospital y para solicitar en persona en cada Hospital.
  - 3.5 Estas notificaciones y documentos se pueden proporcionar en forma electrónica.
  - 3.6 Los requisitos de las leyes estatales que contengan requisitos adicionales y/o más estrictos para comunicar la información sobre asistencia financiera se respetarán en esos estados.
4. Método para solicitar Asistencia financiera.
- 4.1 El Paciente presenta una solicitud de cobertura de seguro o busca responsabilidad de terceros. Con el fin de ser considerado para la asistencia financiera, el Paciente debe comenzar por solicitar otros recursos financieros que pudieran estar disponibles para pagar por la atención médica del Paciente, tales como Medicaid, Medicare, responsabilidad civil, etc. Los Pacientes con una cobertura médica válida a través de proveedores que no formen parte de la red de UPH deben recurrir a su red primaria antes de ser considerados para recibir asistencia financiera.
    - 4.1.1 Esta política no se aplica a la parte de los servicios a un Paciente que han sido o podrían ser pagados por un primer o tercer pagador, como una compañía de seguros de automóvil o una indemnización por accidentes laborales. Según lo permitan los Estados de Iowa, Illinois y Wisconsin, cuando un Paciente se presente para obtener servicios después de un accidente o lesión, el Hospital puede colocar un derecho de embargo preventivo del hospital en contra de la conciliación de terceros.
  - 4.2 El Paciente debe completar la Solicitud de ayuda financiera. Para ser considerado para la asistencia financiera, el Paciente debe presentarle al Hospital una solicitud de asistencia financiera completa y la documentación de respaldo necesaria. La solicitud se puede completar con la información obtenida por escrito, verbalmente o por medio de una combinación de ambos métodos.

- 4.3 El Paciente es notificado sobre su elegibilidad. Después de recibir la información financiera del Paciente, el Hospital le notificará al Paciente la determinación con respecto a su elegibilidad en un período de tiempo razonable.
- 4.3.1 Si un paciente es aprobado para recibir asistencia financiera, la aprobación es válida durante doce (12) meses desde la fecha de la aprobación inicial. Sin embargo, la aprobación de la asistencia financiera puede ser modificada o revertirse si los la situación financiera del paciente cambia y el resultado es que el paciente ya no cumple con los mismos criterios para obtener asistencia financiera en virtud de esta política.
- 4.3.2 Si el Paciente inicialmente no reúne los requisitos para la asistencia financiera, puede volver a presentar su solicitud si hay un cambio en sus ingresos, activos o responsabilidades familiares.
- 4.3.3 Un Paciente que reúna los requisitos para la asistencia financiera debe colaborar con el Hospital para establecer un plan de pago razonable que tenga en cuenta los ingresos y los activos disponibles, el monto de las facturas con descuento y cualquier pago anterior.
- 4.3.3.1 Un Paciente que reúna los requisitos para la asistencia financiera debe hacer un esfuerzo de buena fe para cumplir con los planes de pago. El Paciente es responsable de comunicar cualquier cambio en su situación financiera que pueda afectar su capacidad de pagar las facturas de atención médica con descuento o para cumplir con las disposiciones de los planes de pago.
- 4.4 Los requisitos de las leyes estatales que contengan requisitos adicionales y/o más estrictos para solicitar asistencia financiera se respetarán en esos estados.

*/firmado/ Doug Watson* \_\_\_\_\_  
Doug Watson, Director Financiero

## **RECURSOS:**

Código de Rentas Internas, Sección 501 (r); 79 FR 78954 (31 de diciembre de 2014)  
31, 2014)

**ANEXO A - Niveles Federales de Ingresos de Pobreza****Niveles Federales de Ingresos de Pobreza para 2025 (Fecha efectiva January 16, 2025)**

tamaño de la	niveles de pobreza
1	\$15,650
2	\$21,150
3	\$26,650
4	\$32,150
5	\$37,650
6	\$43,150
7	\$48,650
8	\$54,150
9	\$59,650
10	\$65,150

Para las familias/hogares con más de diez personas, agregar \$5,500 adicionales por cada persona.

## ANEXO B - LEYES DE ILLINOIS

Para los pacientes que reciben atención en un hospital de UPH ubicado en el estado de Illinois (“Hospital de UPH en IL”), se aplican los siguientes requisitos adicionales. Si alguna disposición en el presente Anexo B contradice una disposición en la política, se aplicará la provisión que contenga los requisitos más estrictos.

### I. Definiciones.

Deuda incobrable se refiere al cargo del período actual por contabilidad dudosa real o esperada resultante de la ampliación del crédito.

Atención de caridad incluye el costo real de los servicios prestados con base en la relación costo-cargo derivada de la hoja de trabajo C del informe de costos de Medicare presentado más recientemente por un hospital sin fines de lucro y no basada en los cargos por los servicios. La atención de caridad no incluye deudas incobrables.

Ingresos familiares se refiere a la suma de los ingresos anuales y beneficios en efectivo de una familia de todas las fuentes antes de impuestos, menos pagos realizados por pensión infantil.

Asistencia financiera significa un descuento proporcionado a un paciente en virtud de los términos y condiciones que el Hospital ofrece a pacientes cualificados o según lo exija la ley.

Plan de cuidados de la salud significa una compañía de seguro de salud, organización de mantenimiento de la salud, acuerdo de proveedor preferido o administrador de terceros autorizado en Illinois para emitir políticas o contratos de suscriptor o administrar políticas y contratos que brinden reembolsos por los servicios a pacientes hospitalizados y ambulatorios proporcionados en un hospital. “Plan de cuidados de la salud” no incluye programas financiados por el gobierno como Medicare o Medicaid, seguros de accidentes laborales ni seguros de responsabilidad civil por accidentes.

Paciente asegurado se refiere a un paciente que está asegurado por un plan de atención médica.

Paciente no asegurado se refiere a un paciente que no está asegurado por un plan de atención médica y no es un beneficiario en virtud de un programa financiado por el gobierno, un seguro de accidentes laborales, ni seguros de responsabilidad civil por accidentes.

II. Descuentos a pacientes no asegurados. (también en 1.BR.33)

- A. Un Hospital de UPH en IL proporcionará un descuento sobre sus tarifas a cualquier Paciente no asegurado que se aplica para un descuento y tiene su familia ingresos de no más de 600 % de la Ley federal pobreza las pautas sobre la renta médicamente necesario para todos los servicios de atención médica que exceden \$150 en cualquier ingreso en el hospital o una visita ambulatoria.
- B. Un Hospital de UPH en IL proporcionará un descuento benéfico del 100 % de sus tarifas por todos los servicios médicamente necesarios de atención médica que superen los \$150 en cualquier hospitalización individual o encuentro como paciente ambulatorio a cualquier Paciente no asegurado que solicite un descuento y tenga ingresos familiares que no superen el 200 % de los niveles federales de ingresos de pobreza.
- C. Descuentos. Para todos los servicios de atención médica que excedan los \$150 en cualquier hospitalización individual o encuentro como paciente ambulatorio, un Hospital de UPH en IL no debe cobrarle a un Paciente no asegurado elegible un monto que supere sus tarifas menos la cantidad del descuento para pacientes no asegurados.
- D. Monto máximo a cobrar.
  - 1. La cantidad máxima que se pueden cobrar en un período de 12 meses por servicios de atención médica proporcionados por un Hospital de UPH en IL a un Paciente no asegurado es un 20 % de los ingresos de la familia del Paciente no asegurado y está sujeto a la continuación de la elegibilidad del Paciente no asegurado en virtud de esta sección.
  - 2. El período de 12 meses al que se aplica la cantidad máxima comenzará en la primera fecha en que un Paciente no asegurado reciba los servicios de atención médica que se determina que son elegibles para participar en el descuento en ese Hospital de UPH en IL.
  - 3. Para ser elegible para que se aplique este descuento máximo a los cargos posteriores, el Paciente no asegurado deberá informar al Hospital de UPH en IL en las subsiguientes admisiones hospitalarias o encuentros ambulatorios que el Paciente no asegurado ha recibido previamente servicios de atención médica de ese hospital y se determinó que tenía derecho al descuento para pacientes no asegurados. Los Pacientes no asegurados deben comunicarse con la Oficina Central de Facturación de UPH al (844) 849-1260 para este propósito.

- E. Cada cuenta, factura u otro resumen de los cargos de un Hospital de UPH en IL a un Paciente no asegurado deberá incluir una declaración prominente de que un Paciente no asegurado que reúne determinados requisitos en materia de ingresos puede reunir los requisitos para recibir un descuento para pacientes no asegurados, así como información acerca de cómo un Paciente no asegurado puede presentar una solicitud para su consideración en virtud de la política de asistencia financiera del Hospital de UPH en IL.
- F. Responsabilidad del paciente.
1. Un Hospital de UPH en IL podrá hacer que la disponibilidad de un descuento y el monto máximo a cobrar en virtud de esta Sección estén condicionados a que el Paciente no asegurado presente antes una solicitud de cobertura en virtud de programas públicos de seguro de salud, como Medicare, Medicaid, Allkids, el Programa de Salud Infantil del Estado u otros.
  2. Un Hospital de UPH en IL debe permitir que un Paciente no asegurado solicite un descuento dentro de los 90 días posteriores a la fecha del alta hospitalaria o la fecha del servicio.
- G. Documentación del paciente.
1. Los hospitales ofrecerán a los pacientes no asegurados que reciban atención primaria comunitaria proporcionada por un centro de salud comunitario o una clínica de beneficencia y gratuita, que sean derivados por una entidad de este tipo al hospital y busquen acceso a servicios de atención médica hospitalarios que no sean de emergencia la oportunidad de ser examinados para obtener asistencia con la solicitud de programas de seguros médicos públicos si existe una base razonable para creer que el paciente no asegurado puede ser elegible para un programa de seguros médicos públicos. Un paciente no asegurado que recibe atención primaria comunitaria proporcionada por un centro de salud comunitario o una clínica gratuita y de beneficencia y que sea derivado por una entidad de este tipo al hospital, para quien no exista una base razonable para creer que puede ser elegible para un programa de seguro de salud público, tendrá la oportunidad de solicitar asistencia financiera hospitalaria cuando se programen servicios hospitalarios.

2. Verificación de ingresos. Un Hospital de UPH en IL puede exigirle a un Paciente no asegurado que está solicitando un descuento para pacientes no asegurados que proporcione la documentación de los ingresos familiares. La documentación aceptable incluirá cualquiera de los siguientes documentos:
  - a. declaración de impuestos más reciente;
  - b. formularios W-2 y 1099 más recientes;
  - c. los dos recibos de sueldo más recientes;
  - d. verificación de ingresos por escrito por parte de un empleador, si se le paga en efectivo; o
  - e. otra forma razonable verificación de ingresos por parte de terceros que el Hospital de UPH en IL considere aceptable.
3. Verificación de los activos. Un Hospital de UPH en IL puede requerir a los Pacientes no asegurados que soliciten un descuento no asegurado que certifiquen la existencia, o ausencia, de los activos propiedad del Paciente no asegurado y que proporcionen documentación del valor de dichos activos, excepto en el caso de la residencia principal del Paciente no asegurado; propiedad personal exenta de sentencia en virtud de la Sección 12-1001 del Código de procedimiento civil; o cualquier importe retenido en un plan de pensiones o jubilación, siempre y cuando las distribuciones y pagos de planes de jubilación de pensiones puedan incluirse como ingresos con el fin de aplicar esta política. La documentación aceptable puede incluir declaraciones de instituciones financieras o alguna otra verificación del valor de un activo por parte de terceros. Si no existe una la verificación por parte de terceros, entonces el Paciente no asegurado el paciente deberá certificar el valor estimado del activo.
4. Verificación de residencia en Illinois. Un Hospital de UPH en IL puede exigirle a un Paciente no asegurado que está solicitando un descuento para pacientes no asegurados que verifique su residencia en Illinois. La verificación aceptable incluirá cualquiera de los siguientes documentos:
  - a. cualquiera de los documentos enumerados anteriormente en la disposición sobre la verificación de ingresos;
  - b. una tarjeta de identificación válida emitida por el estado;

- c. una factura reciente de servicios públicos residenciales;
- d. un contrato de alquiler;
- e. una tarjeta de registro de vehículo;
- f. una tarjeta de registro de votante;
- g. correspondencia de un gobierno u otra fuente creíble dirigida al paciente no asegurado a una dirección de Illinois;
- h. una declaración de un familiar del paciente no asegurado que resida en la misma dirección y presente la verificación de residencia; o
- i. una carta de un refugio para personas sin hogar, hogar de transición u otro establecimiento similar que verifique que el paciente no asegurado reside en el establecimiento.
- j. Una licencia para conducir temporal

### III. Elegibilidad presunta.

- A. Además de los posibles requisitos de elegibilidad de la Sección 2.7.1 de la política, los Hospitales de UPH en IL deben incluir los siguientes criterios para la elegibilidad presunta de pacientes no asegurados:
  - 1. Condición de persona sin hogar.
  - 2. Muerte sin patrimonio sucesorio.
  - 3. Incapacidad mental, sin que haya nadie que actúe en representación del paciente.
  - 4. Elegibilidad para Medicaid, pero no en la fecha de servicio o en caso de un servicio no cubierto.
  - 5. Inscripción en los siguientes programas de asistencia para individuos de bajos ingresos con requisitos de elegibilidad dentro o por debajo de 200 % de los niveles federales de ingresos de pobreza:
    - a. Programa de Asistencia de la Nutrición Complementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP).
    - b. Programa del desayuno y almuerzo gratis de Illinois.

- c. Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP).
- d. Inscripción en un programa comunitario organizado que proporcione acceso a la atención médica que evalúe y documente la condición financiera de bajos ingresos como requisito para la membresía.
- e. Recepción de subsidios de asistencia para servicios médicos.

#### IV. Comunicación de la disponibilidad de asistencia financiera.

A. Además de las disposiciones de las Secciones 3.1 a 3.6 de la política, un Hospital de UPH en IL también debe tomar las siguientes medidas para notificar a los pacientes acerca de las oportunidades de asistencia financiera:

##### 1. Cartelería.

- a. Cada Hospital de UPH en IL deberá publicar un cartel con el siguiente aviso: *“Usted puede ser elegible para recibir asistencia financiera en virtud de los términos y condiciones que el hospital ofrece a los pacientes calificados. Para obtener más información, comuníquese con [representante del hospital].”*
- b. El cartel se colocará en un lugar visible en las áreas de admisión y registro del Hospital de UPH en IL.
- c. El cartel estará escrito en inglés y en cualquier otro idioma que sea el idioma principal de por lo menos el 5 % de los pacientes que el Hospital de UPH en IL atiende anualmente.

2. Sitios web. Cada Hospital de UPH en IL que tenga un sitio web deberá publicar un aviso en un lugar destacado de su sitio web que informe que hay asistencia financiera disponible en el hospital, una descripción del proceso de solicitud de asistencia financiera y una copia de la solicitud de asistencia financiera.

3. Materiales por escrito. Cada Hospital de UPH en IL debe hacer que la información sobre la asistencia financiera del hospital se encuentre disponible en forma de un manual por escrito, una solicitud de asistencia financiera u otro material por escrito en el área de admisión o registro del hospital.

#### V. Requisitos para las solicitudes de asistencia financiera de Hospitales de UPH en IL.

A. Las solicitudes de asistencia financiera de los Hospitales de UPH en IL deben incluir lo siguiente:

1. Una declaración introductoria que contenga los siguientes párrafos:

*Importante: USTED PODRÍA CONTINUAR RECIBIENDO ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO: Completar esta solicitud ayudará a UnityPoint Health a determinar si usted puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que puedan ayudar a pagar su atención médica. Envíe esta solicitud de una de las siguientes formas:*

*Si es por correo postal, a la siguiente dirección: UnityPoint Health Central Billing Office, Attn: FA Team, P. O. Box 35758, Des Moines IA 50315-4205;*

*Si es por correo electrónico, a [FA\\_CBO\\_Request@unitypoint.org](mailto:FA_CBO_Request@unitypoint.org);*

*Si es por fax, al (515) 362-5055. Escriba “FA Application” en la portada del fax.*

*SI USTED NO CUENTA CON UN SEGURO, NO SE REQUIERE UN NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL PARA REUNIR LOS REQUISITOS PARA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. Sin embargo, se necesita un número del Seguro Social para algunos programas públicos, incluido Medicaid. Proporcionar un número del Seguro Social no es obligatorio pero ayudará al hospital a determinar si usted reúne los requisitos para participar en algún programa público.*

*Complete este formulario y envíelo al hospital en persona, por correo, por correo electrónico o por fax para solicitar atención gratuita o con descuento dentro de los 60 días posteriores a la fecha del alta hospitalaria o de recibir atención ambulatoria.*

*El paciente reconoce que ha realizado un esfuerzo de buena fe por proporcionar toda la información requerida en la solicitud para ayudar al hospital a determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera.*

*NOTA: El hospital puede ampliar el plazo del requisito de completar y enviar este formulario dentro de los 60 días posteriores a la fecha del alta hospitalaria o de recibir atención ambulatoria mencionado en la declaración introductoria, pero no puede reducirlo.*

2. Información del paciente, que se limitará a lo siguiente:

a. Nombre del paciente.

b. Fecha de nacimiento del paciente.

- c. Dirección del paciente.
  - d. Si el paciente era un residente de Illinois cuando el hospital le brindó atención.
  - e. Si el paciente estuvo involucrado en un presunto accidente.
  - f. Si el paciente fue víctima de un presunto crimen.
  - g. Número del Seguro Social del paciente (no se requiere si es un Paciente no asegurado).
  - h. Número de teléfono o número de teléfono celular del paciente.
  - i. Dirección de correo electrónico del paciente.
  - j. En los casos en que el cónyuge o pareja sea garante del paciente o en que el padre, la madre o el tutor de un menor sea garante, el nombre, la dirección y el número de teléfono del garante. El hospital puede optar por no incluir esta información.
  - k. Se solicitará la siguiente información al paciente; sin embargo, las preguntas se marcarán claramente como respuestas opcionales para el paciente y deberán mencionar que la respuesta o la falta de respuesta del paciente no tendrá ningún impacto en el resultado de la solicitud.
    - i. Raza del paciente;
    - ii. Origen étnico del paciente;
    - iii. Sexo del paciente; e
    - iv. Idioma preferido del paciente.
3. Información de la familia/el hogar del paciente, que se limitará a lo siguiente:
- a. Cantidad de personas en la familia/el hogar del paciente.
  - b. Cantidad de personas que son dependientes del paciente.
  - c. Edades de las personas dependientes del paciente.
4. Ingresos e información laboral de la familia del paciente, la cual estará limitada a lo siguiente:

- a. Si el paciente o el cónyuge o pareja del paciente está actualmente empleado.
  - b. Cuando el paciente sea menor de edad, si los padres o tutores del paciente están actualmente empleados.
  - c. Si el paciente o el cónyuge o pareja del paciente es empleado, nombre, dirección y número de teléfono de todos los empleadores.
  - d. Si los padres o tutores del paciente son empleados, nombre, dirección y número de teléfono de todos los empleadores.
  - e. En caso de que el paciente esté divorciado o separado o haya sido parte de un procedimiento de disolución, si el ex cónyuge o pareja es económicamente responsable de la atención médica del paciente de conformidad con el acuerdo de separación o disolución;
  - f. Ingresos mensuales brutos de la familia, incluidos casos en los que un cónyuge o pareja sea garante del paciente o en el que el padre, la madre o el tutor legal sean garantes de un menor, de fuentes como salarios, empleo independiente, indemnización por desempleo, Seguro Social, Seguro Social por discapacidad, pensión de veterano, discapacidad como veterano, seguro por discapacidad privado, seguro de accidentes laborales, asistencia temporal para familias necesitadas, ingresos por jubilación, pensión infantil, pensión alimenticia, otro tipo de sustento conyugal y otros ingresos.
  - g. Documentación de los ingresos de la familia mediante recibos de sueldos, declaraciones de beneficios, cartas de otorgamiento, resoluciones judiciales, declaraciones de impuestos federales u otra documentación proporcionada por el paciente.
5. Información sobre seguros/beneficios, incluidos, entre otros, seguro médico, Medicare, Suplemento de Medicare, Medicaid y beneficios de veteranos.
  6. Información sobre activos y valor estimado de los activos, la cual estará limitada a cuentas de cheques y ahorros, acciones, certificados de depósito, fondos de inversión, automóviles u otros vehículos, propiedades reales y cuentas de ahorros/gastos flexibles para la salud.
  7. Información sobre gastos mensuales y cifras de gastos estimadas, que se limitarán a los gastos de alojamiento, servicios públicos, alimentos, transporte, cuidado de niños, préstamos, gastos médicos y otros gastos.

8. Una declaración de certificación, que debe declarar solamente lo siguiente:

*“Certifico que toda la información de esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Solicitaré cualquier asistencia estatal, federal o local para la que pueda ser elegible con el fin de ayudar a pagar esta cuenta del hospital. Comprendo que la información proporcionada puede ser verificada por el hospital y autorizo al hospital a comunicarse con terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que si proporciono a sabiendas información falsa en esta solicitud, no seré elegible para recibir asistencia financiera, cualquier asistencia financiera que se me haya otorgado podrá revertirse y yo seré responsable del pago de la cuenta del hospital.*

*Fecha y firma del paciente o el solicitante.”*
  9. La solicitud debe contener un aviso que diga que, si el paciente cumple con los criterios de elegibilidad presunta contenidos en la Política de UPH 1.BR.34 o es de otro modo presuntamente elegible en virtud de los ingresos de la familia del paciente, no será necesario que el paciente complete las partes de la solicitud referidas a información sobre gastos mensuales y cifras estimadas de gastos mensuales dentro de la política UPH 1.BR.34.
- B. Cada Hospital de UPH en IL debe presentar un Informe anual de Asistencia Financiera del Hospital a la Oficina del Inspector General de Illinois, que deberá incluir lo siguiente:
1. Una copia de la Solicitud de asistencia financiera del Hospital.
  2. Una copia de la política de elegibilidad presunta del Hospital, que deberá identificar a cada uno de los criterios usados por el Hospital para determinar si un paciente es presuntamente elegible para la asistencia financiera del Hospital.
  3. Estadísticas de asistencia financiera del Hospital para el año fiscal más reciente, que deben incluir:
    - a. La cantidad de solicitudes de asistencia financiera presentadas, tanto completas como incompletas.
    - b. La cantidad de solicitudes de asistencia financiera que el Hospital aprobó en virtud de su política de elegibilidad presunta.
    - c. La cantidad de solicitudes de asistencia financiera que el Hospital aprobó por fuera de su política de elegibilidad presunta.

- d. La cantidad de solicitudes de asistencia financiera denegadas por el Hospital y los cinco motivos más frecuentes de rechazo.
  - e. El monto total en dólares de la asistencia financiera proporcionada por el Hospital, en función de los costos reales de atención.
  - f. En la medida en que se recopile la raza, el origen étnico, el sexo o el idioma preferido y esté disponible para aplicaciones de asistencia financiera, los datos descritos en B.3.a-f se reportarán con base en la raza, origen étnico, sexo e idioma preferido. Si el paciente no proporciona la información, el hospital deberá indicar esto en sus informes.
- C. Proceso de la presentación de informes de asistencia financiera de los Hospitales de UPH en IL
- 1. Cada Hospital de UPH en Illinois que presente anualmente un Informe de beneficios comunitarios ante la Oficina del Procurador General de conformidad con la Ley de Beneficios Comunitarios deberá, al mismo tiempo, presentar el Informe anual de asistencia financiera hospitalaria conjuntamente con su Informe de beneficios comunitarios.
  - 2. Cada Hospital de UPH en Illinois que no esté obligado a presentar anualmente un Informe de beneficios comunitarios presentará su Informe anual de asistencia financiera del Hospital, conjuntamente con la Hoja de trabajo C, Parte I de su Informe de costos de Medicare presentada más recientemente conforme a la Ley de descuentos de hospitales para pacientes no asegurados.
- D. Tecnología de la información y electrónica
- 1. Cada Hospital de UPH en Illinois que use tecnología de la información y electrónica en la implementación de los requisitos de solicitud de asistencia financiera deberá describir anualmente la tecnología de la información y electrónica utilizada y la fuente de la tecnología de la información y electrónica a la Oficina del Procurador general de Illinois en el momento de la presentación de su Informe de asistencia financiera hospitalaria. El hospital deberá certificar anualmente que cada uno de los requisitos de solicitud de asistencia financiera se incluye en las solicitudes procesadas mediante tecnología de la información y electrónica.
  - 2. Cada Hospital de UPH en Illinois que utilice tecnología de la información y electrónica en la implementación de los criterios de elegibilidad presunta deberá describir anualmente la tecnología de la información y electrónica utilizada y la fuente de la tecnología de la

información y electrónica a la Oficina del Procurador general de Illinois en el momento de la presentación de su Informe de asistencia financiera hospitalaria. El hospital deberá certificar anualmente que cada uno de los criterios de elegibilidad presunta se incluye en las solicitudes procesadas mediante tecnología de la información y electrónica.

Fuentes: Ley Pública de IL, 95 965; Ley Pública de IL, 94 885

**ANEXO C – MONTOS GENERALMENTE FACTURADOS***(Actualizado al 1/1/2024)*

	<b>Montos generalme nte facturados (AGB) como % de los cargos</b>	<b>Descuento sobre los AGB</b>
UnityPoint Health Cedar Rapids – Jones Regional Medical Center	49%	51%
UnityPoint Health Cedar Rapids – St. Luke's Methodist Hospital	36%	64%
UnityPoint Health Des Moines – John Stoddard Cancer Center (Methodist)	29%	71%
UnityPoint Health Des Moines – Blank Children's Hospital (Methodist)	29%	71%
UnityPoint Health Des Moines – Grinnell Regional Medical Center	38%	62%
UnityPoint Health Des Moines – Iowa Lutheran Hospital	29%	71%
UnityPoint Health Des Moines – Iowa Methodist Medical Center	29%	71%
UnityPoint Health Des Moines – Methodist West Hospital	28%	72%
UnityPoint Health Dubuque – The Finley Hospital	36%	64%
UnityPoint Health Fort Dodge – Trinity Regional Medical Center	34%	66%
UnityPoint Health Quad Cities – Trinity Medical Center – Bettendorf	37%	63%
UnityPoint Health Quad Cities – Trinity Medical Center – Moline	35%	65%
UnityPoint Health Quad Cities – Trinity Medical Center – Rock Island	32%	68%
UnityPoint Health Quad Cities – Trinity Muscatine	38%	62%
UnityPoint Health Sioux City – St. Luke's Regional Medical Center	42%	58%
UnityPoint Health Waterloo – Allen Memorial Hospital Corporation	39%	61%
UnityPoint Health Waterloo – UnityPoint Health Marshalltown	40%	60%

**ANEXOD – Servicios y consultorios de proveedores cubiertos por hospital**  
*(Actualizado al 07/01/2023)*

Los siguientes Hospitales y Organizaciones hospitalarias de UnityPoint Health están cubiertos en virtud de la Política 1.BR.34, Asistencia financiera – Instalaciones hospitalarias. En general, los servicios que los pacientes reciben en estos Hospitales/Organizaciones hospitalarias están cubiertos en virtud de la política. Sin embargo, consulte las secciones separadas por hospital que se encuentran a continuación para obtener aclaraciones sobre cuáles de los servicios que un Paciente puede recibir en Hospitales/Organizaciones hospitalarias específicos no están cubiertos en virtud de esta política. Además, como parte de la misión de UPH, queremos que nuestros Hospitales/Organizaciones hospitalarias estén disponibles para todos los proveedores en nuestras comunidades que puedan o no ser empleados de UnityPoint Health. Los proveedores pueden ser médicos, enfermeras, asistentes médicos, etc. Para ayudar a comprender cuáles de estos proveedores están cubiertos en virtud de esta política, el listado completo de Consultorios de proveedores que sigue a la tabla detalla si:

- (1) Sus servicios profesionales están cubiertos por esta Política 1.BR.34, Asistencia financiera – Instalaciones hospitalarias.
- (2) Sus servicios profesionales están cubiertos por la Política separada 1.BR.34(a), Asistencia financiera – Proveedores no hospitalarios de UnityPoint Health.
- (3) Sus servicios profesionales no están cubiertos por ninguna política de asistencia financiera de Unity Point Health, ya que no son empleados de Unity Point Health.

<b>UnityPoint Health Hospital</b>	<b>Servicios no cubiertos por la Política de asistencia financiera (ver también el listado separado de Proveedores a continuación)</b>
UnityPoint Health Cedar Rapids – St. Luke's/Jones Regional Medical Center	La parte del médico/profesional de los servicios de patología, radiología/diagnóstico por imágenes, y procedimientos quirúrgicos no está cubierta por esta política de asistencia financiera y se facturará por separado.
UnityPoint Health Cedar Rapids – St. Luke's Methodist Hospital	La parte del médico/profesional de los servicios de cuidados en sala de emergencias, patología, radiología/diagnóstico por imágenes y anestesiología no está cubierta por esta política de asistencia financiera y se facturará por separado.

UnityPoint Health Des Moines – John Stoddard Cancer Center	La parte del médico/profesional de los servicios de patología, radiología/diagnóstico por imágenes y anestesiología no está cubierta por esta política de asistencia financiera y se facturará por separado.
UnityPoint Health Des Moines - Blank Children's Hospital	La parte del médico/profesional de los servicios de patología, radiología/diagnóstico por imágenes y anestesiología no está cubierta por esta política de asistencia financiera y se facturará por separado.
UnityPoint Health Des Moines – Grinnell Regional Medical Center	La parte del médico/profesional de los servicios de otorrinolaringología, podología, ortopedia y radiología/diagnóstico por imágenes no está cubierta por esta política de asistencia financiera y se facturará por separado.
UnityPoint Health Des Moines - Iowa Lutheran Hospital	La parte del médico/profesional de los servicios de patología, radiología/diagnóstico por imágenes y anestesiología no está cubierta por esta política de asistencia financiera y se facturará por separado.
UnityPoint Health Des Moines - Iowa Methodist Medical Center	La parte del médico/profesional de los servicios de patología, radiología/diagnóstico por imágenes y anestesiología no está cubierta por esta política de asistencia financiera y se facturará por separado.

<p>UnityPoint Health Des Moines - Methodist West Hospital</p>	<p>La parte del médico/profesional de los servicios de patología, radiología/diagnóstico por imágenes y anestesiología no está cubierta por esta política de asistencia financiera y se facturará por separado.</p>
<p>UnityPoint Health Dubuque – The Finley Hospital</p>	<p>La parte del médico/profesional de los servicios de patología, radiología/diagnóstico por imágenes y anestesiología no está cubierta por esta política de asistencia financiera y se facturará por separado. Los montos facturados por procedimientos cosméticos electivos no están cubiertos por la política de asistencia financiera.</p>
<p>UnityPoint Health Fort Dodge - Trinity Regional Medical Center</p>	<p>Por lo general, la parte del médico/profesional de los servicios de patología y radiología/diagnóstico por imágenes no está cubierta por esta política de asistencia financiera y se facturará por separado. Sin embargo, están cubiertos cuando UnityPoint realiza la facturación por los servicios anteriormente mencionados.</p>

UnityPoint Health Peoria - Greater Peoria Specialty Hospital	No hay servicios profesionales cubiertos por esta política de asistencia financiera.
UnityPoint Health Peoria – Methodist Medical Center of Illinois	La parte del médico/profesional de los servicios de patología, radiología/diagnóstico por imágenes y anestesiología no está cubierta por esta política de asistencia financiera y se facturará por separado.
UnityPoint Health Peoria – Pekin Memorial Hospital	La parte del médico/profesional de los servicios de patología, radiología/diagnóstico por imágenes y anestesiología no está cubierta por esta política de asistencia financiera y se facturará por separado.
UnityPoint Health Peoria – Proctor Hospital	La parte del médico/profesional de los servicios de patología, radiología/diagnóstico por imágenes y anestesiología no está cubierta por esta política de asistencia financiera y se facturará por separado. Los servicios recibidos en The Illinois Institute for Addiction Recovery no están cubiertos por esta política de asistencia financiera.
UnityPoint Health Quad Cities – Trinity Medical Center – Bettendorf	La parte del médico/profesional de los servicios de patología, radiología/diagnóstico por imágenes y anestesiología no está cubierta por esta política de asistencia financiera y se facturará por separado.
UnityPoint Health Quad Cities – Trinity Medical Center – Moline	La parte del médico/profesional de los servicios de patología, radiología/diagnóstico por imágenes y anestesiología no está cubierta por esta política de asistencia financiera y se facturará por separado.

UnityPoint Health Quad Cities – Trinity Medical Center - Rock Island/Moline	La parte del médico/profesional de los servicios de patología, radiología/diagnóstico por imágenes y anestesiología no está cubierta por esta política de asistencia financiera y se facturará por separado.
UnityPoint Health Quad Cities – Trinity Muscatine	La parte del médico/profesional de los servicios de patología y radiología/diagnóstico por imágenes no está cubierta por esta política de asistencia financiera y se facturará por separado.
UnityPoint Health Sioux City – St. Luke's Regional Medical Center	La parte del médico/profesional de los servicios de patología, radiología/diagnóstico por imágenes y anestesiología no está cubierta por esta política de asistencia financiera y se facturará por separado.
UnityPoint Health Waterloo – Allen Memorial Hospital Corporation	La parte del médico/profesional de los servicios de patología no está cubierta por esta política de asistencia financiera y se facturará por separado.
UnityPoint Health Waterloo – UnityPoint Health Marshalltown	La parte del médico/profesional de los servicios de patología no está cubierta por esta política de asistencia financiera y se facturará por separado.

**EL SIGUIENTE LISTADO DE CONSULTORIOS DE PROVEEDORES SE  
ACTUALIZA TRIMESTRALMENTE**