
**POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DEL
HOSPITAL Y CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD DE ILLINOIS**

N.º: LD 3.07

FECHA DE APROBACIÓN: 30 de mayo de 2024

FECHA DE VIGENCIA: 5 de junio de 2024

ASUNTO: Política de Asistencia Financiera para Pacientes en Illinois

PROPÓSITO

El propósito de esta norma es definir la política de asistencia financiera del hospital, especificando la forma en la que el Hospital y Clínicas de la Universidad de Illinois ("Hospital") determinarán la responsabilidad financiera ante emergencias y otros servicios médicos necesarios prestados a los pacientes y para especificar cómo el Hospital determinará y aplicará los descuentos disponibles de asistencia financiera para los servicios prestados a los pacientes.

DEFINICIONES

Importes Generalmente Facturados/Descuentos de los Importes Generalmente Facturados:

Descuento necesario para garantizar que los gastos de atención por Situaciones Médicas de Emergencia u otros Servicios Médicos Necesarios proporcionados por el Hospital durante una visita ambulatoria o atención hospitalaria a personas elegibles para la asistencia según esta política, no sea mayor que el importe generalmente facturado a las personas que tienen Medicare o seguro comercial que cubre dicha atención ("Importes Generalmente Facturados").

Atención de Beneficencia: Atención médica por la que no se prevé la posibilidad de un pago total de los cargos por parte del paciente, la familia o terceros (210 ILCS 76/10 - Ley de Beneficios para la Comunidad).

Atención médica de emergencia: Atención médica que (según el criterio profesional del proveedor pertinente), de no brindarse, daría lugar a una grave amenaza para la salud, la posibilidad de una discapacidad significativa o incluso la muerte (en un plazo de 24 horas).

Acción de Cobro Extraordinaria: Aquellas acciones que el Hospital sólo puede llevar a cabo contra un individuo en referencia a la obtención del pago de una factura por la atención brindada después de que se han hecho esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para recibir asistencia financiera. Tales acciones se definen más adelante en esta política.

Nivel de Pobreza Federal: Niveles de pobreza que se actualizan periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos conforme a lo establecido en el inciso (2) del Artículo 9902 Título 42 del Código de los Estados Unidos.

Plan Financiero: Se refiere a cualquiera de los siguientes ítems, o a una combinación de ellos, para asegurar el pago de los cargos:

- Seguro adecuado y comprobable u otra cobertura de terceros asignada al Hospital para una persona autorizada;
- Un garante de una cuenta aceptable para el Director Financiero, o la persona designada;
- La buena voluntad del paciente y/o la familia (o su representante) para solicitar programas

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DEL HOSPITAL Y CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD DE ILLINOIS

- de asistencia médica (incluidas las subvenciones y otras fuentes de financiamiento);
- La buena voluntad del paciente y/o la familia (o su representante) para solicitar la cobertura de terceros disponible a través de la Ley de Cuidado de Salud Asequible;
 - Un acuerdo de pago satisfactorio por parte del paciente, la familia y/o el representante para pagar los gastos del Hospital; o
 - La revisión y aprobación de la elegibilidad para la atención de beneficencia, en parte o en su totalidad.

Cargos Brutos: Precio completo establecido por la atención médica que el Hospital cobra de forma consistente a los pacientes antes de aplicar cualquier subsidio, descuento o deducción contractual. Este es también el nivel de cargos por los servicios que el Hospital establece con el fin de permitir que su presupuesto de ingresos supere su presupuesto de gastos, dado que si el pago de muchos deudores fuera insuficiente no se podrían recuperar todos los costos a partir de los pacientes pagadores. Los cargos incluyen copagos y deducibles.

Residente de Illinois: Una persona que cuenta con un lugar de residencia legal en el Estado de Illinois. Mudarse a Illinois con el único propósito de recibir los beneficios de la atención médica no satisface el requisito de residencia en virtud de esta definición.

Paciente asegurado: Un paciente que tiene cobertura por medio de un asegurador de salud, plan de atención de salud, Medicare o Medicaid, o cuya lesión es compensable para propósitos de workers compensation, responsabilidad por seguro de accidente, responsabilidad de terceros, u otro seguro según lo determina y documenta el Hospital (210 ILCS 88/10 -Fair Patient Billing Act, *ver además* 210 ILCS 89/5- Hospital Uninsured Patient discount Act).

Servicio médico necesario: Cualquier servicio del hospital para pacientes internados o ambulatorios, incluidos los productos farmacéuticos o suministros proporcionados por un hospital a un paciente, bajo el Título XVIII de la Ley Federal de Seguridad Social para los beneficiarios con la misma presentación clínica que el paciente no asegurado. Los servicios médicos necesarios no incluyen ninguno de los siguientes: (1) Los servicios no médicos, como los servicios sociales y de formación profesional; (2) los servicios médicos que se consideran electivos, como la cirugía cosmética por elección, pero no así la cirugía plástica para corregir una desfiguración debido a una lesión, enfermedad, defecto congénito o deformidad.

Atención médica sin carácter de emergencia: Atención médica que (según el criterio profesional del proveedor pertinente), de no brindarse, no daría lugar a una grave amenaza para la salud, ni a la posibilidad de una discapacidad significativa o la muerte.

Paciente: Un individuo quien está recibiendo atención médica, tratamiento, o atención por parte de profesionales de la salud en el Hospital. En instancias en que el paciente es menor de edad o incapaz de tomar decisiones por si mismo, la persona responsable o el representante puede ser considerado como el paciente.

Resumen en Términos Sencillos: Declaración por escrito, clara, concisa y fácil de entender que notifica a un individuo sobre la Asistencia Financiera que ofrece el Hospital y que proporciona la siguiente información: (i) una breve descripción de los requisitos de elegibilidad y la asistencia que

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DEL HOSPITAL Y CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD DE ILLINOIS

ofrece esta política; (ii) un breve resumen sobre cómo solicitar la asistencia en virtud de esta política; (iii) una lista directa de una dirección de un sitio web (o URL) y ubicaciones físicas (que incluyen números de habitación), donde se pueda obtener una copia de esta política y de las Solicitudes de Asistencia Financiera; (iv) instrucciones sobre cómo obtener una copia gratuita de la Política de Asistencia Financiera y la Solicitud por correo; (v) información de contacto (incluyendo números de teléfono y ubicación física, si corresponde) de las oficinas o departamentos que pueden proporcionarle a un individuo asistencia en el proceso de Solicitud; (vi) las traducciones disponibles; y (vii) una declaración que determine que ningún paciente elegible para la Asistencia Financiera deberá pagar un importe mayor a los Importes Generalmente Facturados.

Elegibilidad Presuntiva: Los criterios por los cuales se determina y utiliza la necesidad económica de un paciente no asegurado para considerar al paciente elegible para recibir la asistencia financiera del hospital sin mayor verificación.

Paquetes de Servicio Con Ahorro: Consiste en un paquete de múltiples servicios otorgados por un único precio con descuento, de tal manera que el precio total sea menor que la suma de los precios de todos los servicios individuales que comprenden el paquete de servicios.

Paciente No Asegurado: Un paciente que no tiene cobertura de terceros de una compañía de seguros de salud, un plan de servicios de salud, Medicare o Medicaid, y cuya lesión no es compensable a través de la indemnización por accidente de trabajo, el seguro de automóvil u otro seguro según lo determinado y documentado por el Hospital (210 ILCS 88/10 - Ley de Facturación Justa del Paciente, véase también 210 ILCS 89/5 - Ley de Descuento para el Paciente No Asegurado del Hospital).

POLÍTICA

Como parte de la misión del Hospital para mejorar la salud de nuestros pacientes y comunidades, ofrecemos una serie de programas de asistencia financiera para ayudar a los pacientes con sus costos de salud para los servicios médicos necesarios o emergentes. El Hospital está comprometido a asegurar que todos los pacientes sin seguro que lo soliciten, sean sondeados para asistencia financiera en el más inmediato momento razonable, e informados sobre sus opciones financieras. En el Hospital se trata a todos los pacientes con dignidad, independientemente de su capacidad de pago.

Esta política define los lineamientos y criterios para tener derecho a todos los componentes de los Programas de Asistencia Financiera del Hospital. Cualquier ayuda financiera concedida se aplicará a la responsabilidad del paciente en caso de emergencia u otros servicios médicos necesarios únicamente.

Todos los descuentos que se describen a lo largo de esta política se aplican a todos los servicios médicos necesarios proporcionados por University of Illinois Hospital and Clinics y el University of Illinois at Chicago Physicians Group asociado con servicios proveídos en el Hospital y sus clínicas basadas en proveedores. Se hace referencia a cualquier proveedor excluido en el **Anexo 1** de

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DEL HOSPITAL Y CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD DE ILLINOIS

esta política. Todos los descuentos descritos en esta política excluyen los artículos que se consideran como Paquete de Servicios con Ahorro, que ya tienen descuento. Si es aplicable algún paquete de servicio con ahorro, se le pedirá al paciente elegible para recibir la asistencia financiera conforme esta política que pague el menor de los importes generalmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés) o un precio de paquete al paciente. La Asistencia Financiera para trasplantes y servicios relacionados con trasplantes no están cubiertos por esta política.

Esta política tiene como objetivo cumplir con el Artículo 501(r) del Código de Impuestos Internos, la Ley de Descuento para el Paciente No Asegurado del Hospital de Illinois ("Ley de Descuento"), la Ley de Facturación Justa del Paciente de Illinois ("Ley de Facturación") y las regulaciones promulgadas en virtud del mismo, que deben ser interpretadas y aplicadas en conformidad con dichas leyes y reglamentos. El Director Financiero ha establecido requisitos relativos a las condiciones para la solicitud y descuentos relacionados según esta política. El Director Ejecutivo del Ciclo de Ingresos será responsable de la ejecución de la política según los requisitos.

Esta Política describe:

- Las definiciones de los términos utilizados en la política;
- Los criterios de elegibilidad para la asistencia financiera, y si dicha asistencia incluye servicios con descuento o gratuitos;
- La base para el cálculo de los importes cobrados a los pacientes;
- El método de solicitud de ayuda financiera;
- Las acciones de cobro que el Hospital puede llevar a cabo en caso de falta de pago, incluyendo acciones civiles de cobro e información a las agencias de informes crediticios del consumidor para los pacientes que reúnen los requisitos para la ayuda financiera;
- El enfoque del Hospital frente a las determinaciones de elegibilidad presuntiva y los tipos de información que utilizará para evaluar la elegibilidad presuntiva; and
- La forma en que el Hospital determina elegibilidad para pacientes no asegurados, incluye el tipo de información que usará para determinar elegibilidad para seguro de salud público, atención de beneficencia, así como los descuentos pertinentes.

El Hospital cumplirá con todas las leyes federales, estatales y locales, normas y reglamentos aplicables a la conducta descrita en esta política. Si la prestación de asistencia financiera se ve sujeta a requisitos adicionales pertinentes a las leyes federales, estatales o locales, y dichas leyes imponen requisitos más estrictos que los que se describen en esta política, entonces esas leyes regirán la forma en la que el Hospital administre su programa de asistencia financiera. El Hospital deberá presentar su Informe Anual de Asistencia Financiera del Hospital u otros informes exigidos por la ley o agencia reguladora.

A. Atención Médica de Emergencia

1. El Hospital proporcionará, sin discriminación, atención de Afecciones Médicas de Emergencia a las personas independientemente de su capacidad para pagar por la atención o si son elegibles para recibir Asistencia Financiera. El Hospital no debe involucrarse en acciones que desalientan a las personas a solicitar atención por Afecciones Médicas de Emergencia, incluyendo entre otras las siguientes:

**POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DEL
HOSPITAL Y CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD DE ILLINOIS**

- a. Exigir el pago de un Paciente del Servicio de Emergencias antes de recibir un reconocimiento médico o el tratamiento de las Afecciones Médicas de Emergencia;
o
- b. Permitir las actividades de cobro de deudas en el Servicio de Emergencias o en otras áreas del Hospital de la UI, cuando dichas actividades podrían interferir con la prestación, sin discriminación, de la atención para las Afecciones Médicas de Emergencia.

Consulte la política [TX 5.13 Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto \(EMTALA, por sus siglas en inglés\)](#) para obtener más información sobre la Atención Médica de Emergencia.

B. Criterios de Elegibilidad para los Programas de Asistencia Financiera

1. Los Programas de Asistencia Financiera del Hospital disponibles para los pacientes no asegurados incluyen **Atención de Beneficencia, Reclamo por Pérdida Catastrófica, y el Descuento para el Paciente No Asegurado** (según la Ley de Descuento para el Paciente No Asegurado del Hospital - 210 ILCS 89).
2. **Atención de Beneficencia:** La asistencia para la atención de beneficencia se proporcionará por lo general de forma prospectiva a menos que haya evidencia de una solicitud pendiente de ayuda pública y/o cobertura de incapacidad de la seguridad social a la fecha de la solicitud. Se incentiva a los pacientes o sus garantes que deseen solicitar la asistencia de beneficencia a que presenten una Solicitud de Asistencia Financiera dentro de los noventa (90) días posteriores a su alta o servicio ambulatorio. Con base en los resultados del estudio financiero, es posible que se indique a los pacientes que presenten una solicitud para seguro médico de ayuda pública antes de solicitar atención de beneficencia. Los pacientes o sus garantes pueden presentar una solicitud para ayuda financiera hasta doscientos cuarenta (240) días después del primer estado de cuenta de la atención que se prestó luego del alta, o 90 días desde el día de la negación de la solicitud de ayuda pública. La elegibilidad para la atención de beneficencia será aprobada por un máximo de un año desde la fecha de solicitud, en dicho momento el paciente deberá proporcionar información financiera actualizada para su revisión con el fin de continuar la elegibilidad.
 - a. La consideración para la elegibilidad de la Atención de Beneficencia se basa en los siguientes criterios:
 - 1) El paciente es un paciente no asegurado según la definición de esta política;
y
 - 2) El paciente es un residente de Illinois en el momento de completar la solicitud; y
 - 3) El paciente es un residente legal de los Estados Unidos; y
 - 4) El paciente recibe, está previsto que reciba o ha recibido un servicio médico necesario como se define y no está excluido en otro sentido por esta política; y
 - 5) El paciente tiene un ingreso familiar inferior al 400 % del nivel federal de pobreza; y
 - 6) El paciente cumple los requisitos de la Responsabilidad del Paciente en virtud de esta política; O
 - 7) Se realiza una determinación de elegibilidad presuntiva; O

**POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DEL
HOSPITAL Y CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD DE ILLINOIS**

- 8) El paciente no es un residente legal de los Estados Unidos, pero sin embargo satisface los criterios 1, 2, 4, 5 y 6 arriba mencionados, y ha recibido servicios de sala de emergencia, o servicios de paciente internado en el Hospital, que requieren atención especializada posterior al alta médica, o ha recibido servicios de detección proveídos por el Hospital, cubiertos a través de un subsidio, cuyo resultado necesita continua atención especializada.
- b. Si el paciente no asegurado cumple con los requisitos que establece el Hospital de la UI para el Cuidado de Beneficencia y el ingreso bruto de la familia del paciente no asegurado es inferior o igual a:
 - 1) 0 a 200 % del nivel federal de pobreza, el descuento de la atención de beneficencia es igual al 100 % de los cargos totales (se descuenta la factura completa).
 - 2) 201 a 300 % del nivel federal de pobreza, el descuento de la atención de beneficencia es igual al 90 % de los cargos totales.
 - 3) 301 a 400 % del nivel federal de pobreza, el descuento de la atención de beneficencia es igual al 80 % de los cargos totales.
- c. Los pacientes asegurados, incluidos los pacientes que están fuera de la red o están cubiertos por un programa de seguro con otro proveedor o institución, no son elegibles para recibir asistencia financiera conforme esta política. Para aquellos pacientes que están asegurados, pero sin embargo carecen de los recursos financieros para pagar los servicios del cuidado médico, el Hospital puede, a su criterio, proporcionar asistencia financiera a los que de otro modo cumplirían con los criterios de elegibilidad bajo esta política.

C. Reclamos por Pérdida Catastrófica

Los pacientes no asegurados, según la definición de esta política, que reúnen los requisitos para el atención de beneficencia, también son elegibles para los descuentos adicionales en función de la cantidad total en dólares de la declaración calculada en gastos brutos. Esta disposición se aplica a los pacientes que no reúnen los requisitos para el 100 % del descuento y deben pagar el 90 %, 80 % u otro porcentaje de los cargos del hospital. El reclamo debe ser catastrófico - un reclamo individual para cualquier paciente que tiene un saldo que supera los \$ 50,000 luego de los descuentos aplicables. La disposición por reclamo catastrófico identifica una cantidad máxima a pagar en base a un porcentaje de los ingresos brutos anuales. El pago del reclamo catastrófico no superará el 15 % de los ingresos brutos anuales del paciente. El importe a pagar se convierte en el menor de los descuentos regulares de beneficencia o la disposición por pérdida catastrófica. El descuento adicional, en su caso, se identificará como beneficencia. El paciente debe solicitar los descuentos adicionales disponibles en virtud de esta disposición poniéndose en contacto con un representante de alguna oficina de facturación como se indica en el **Anexo 3**.

D. Descuento por Paciente No Asegurado

El Descuento por Paciente No Asegurado está diseñado para proporcionar a los pacientes no asegurados que cumplan con ciertos requisitos, un descuento de los gastos estándar del hospital. Esta disposición se aplica a todos los hospitales con licencia en el Estado de Illinois y normaliza el costo final de la atención en todas las instituciones. El Descuento por Paciente No Asegurado se debe solicitar para cada encuentro o visita individual (conforme a lo

**POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DEL
HOSPITAL Y CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD DE ILLINOIS**

dispuesto a continuación).

1. La consideración para la elegibilidad del Descuento por Paciente No Asegurado se basará en la aplicación de los siguientes criterios:
 - a) El paciente es un paciente no asegurado según la definición de esta política; y
 - b) El paciente es/era un residente de Illinois al momento de brindarse la atención médica; y
 - c) El paciente recibió un servicio médico necesario como se define, que no está excluido por esta política; y
 - d) El paciente ha solicitado un descuento dentro de los 240 días del primer estado de cuenta de la atención que se prestó luego del alta; y
 - e) El paciente tiene un ingreso familiar inferior al 600 % del nivel federal de pobreza; y
 - f) El paciente cumple los requisitos de la Responsabilidad del Paciente en virtud de esta política.
2. Si el paciente no asegurado cumple con los requisitos que establece el Hospital para el Descuento por Paciente No Asegurado y el ingreso bruto de la familia del paciente no asegurado es inferior o igual a:
 - a) 0 a 200 % del nivel federal de pobreza, el Descuento por Paciente No Asegurado es igual al 100 % de los cargos totales (se descuenta la factura completa).
 - b) 201 a 600 % del nivel federal de pobreza, el Descuento por Paciente No Asegurado deberá ser como mínimo coherente con el descuento basado en la Ley de Descuento para el Paciente No Asegurado (UPDA, por sus siglas en inglés) y también deberá cumplir con el requisito federal 501(r) del importe generalmente facturado (AGB). El descuento puede cambiar anualmente en función del informe de costos del hospital y del análisis del AGB. El monto del descuento será el mayor descuento basado en el costo de la UPDA o el descuento del AGB - tomándose la cifra que proporcione el mayor descuento para el paciente no asegurado por los servicios en virtud de esta política.
 - c) El Hospital puede extender el Descuento por Paciente No Asegurado a aquellos con un ingreso bruto familiar mayor a 600 % del nivel federal de pobreza, evaluando cada caso en particular.
3. Se hace referencia del descuento actual aplicable al Descuento por Paciente No Asegurado y el descuento del AGB para los niveles federales de pobreza del 201 al 600 % como se menciona en esta sección de la política, en el **Anexo 2** de esta política.
4. Si el paciente no asegurado cumple con los requisitos establecidos por el Hospital tanto para el cuidado de beneficencia como para el Descuento por Paciente No Asegurado en virtud de esta política, el paciente no asegurado puede solicitar el porcentaje de descuento más alto disponible conforme esta política y sobre la base de los niveles federales de pobreza.
5. Para ser elegible para que el Descuento por Paciente No Asegurado se aplique a los cargos posteriores, el paciente no asegurado deberá informar al Hospital en los encuentros posteriores que el paciente ha recibido previamente servicios de salud del Hospital y que se determinó que era elegible para el programa de asistencia financiera de Descuento por Paciente No Asegurado en virtud de esta política.

E. Elegibilidad Presuntiva

1. Un paciente no asegurado se considerará presuntamente elegible para el y no necesitará

**POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DEL
HOSPITAL Y CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD DE ILLINOIS**

proporcionar información financiera más allá de la prueba de ingresos si el paciente demuestra uno o más de las siguientes condiciones:

- a) Sin hogar;
 - b) Fallecido sin bienes;
 - c) Presenta incapacidad mental, sin nadie que actúe en nombre del paciente;
 - d) Elegibilidad para Medicaid, pero no en la fecha del servicio o para servicios no cubiertos;
 - e) Inscripción en los siguientes programas de asistencia para personas de bajos ingresos que tienen criterios de elegibilidad iguales o por debajo del 200 % de los niveles de ingreso de pobreza federal:
 - 1) Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés);
 - 2) El Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés);
 - 3) El Programa de Desayuno y Almuerzo Gratis de Illinois;
 - 4) El Programa de Asistencia de Energía para Hogares con Bajos Ingresos (LIHEAP, por sus siglas en inglés);
 - 5) La inscripción en un programa organizado basado en la comunidad, que garantiza el acceso a la atención médica que evalúa y registra los estados financieros de bajos ingresos como un criterio de membresía;
 - 6) Recepción de la asistencia prestada por los servicios médicos.
2. Además de las categorías antes mencionadas, un paciente no asegurado puede ser designado presuntamente elegible, con base en la información disponible para el hospital. Si el paciente no asegurado se considera presuntamente elegible, el descuento de beneficencia pertinente se aplicará tan pronto como sea posible después de la recepción de los servicios de atención médica y antes de la emisión de cualquier recibo por dichos servicios, siempre que el Hospital cuente con la información disponible antes de la facturación. Las fuentes de información que se utilizan para identificar la elegibilidad presuntiva incluyen una solicitud de ayuda financiera, información para fundamentar una de las categorías de elegibilidad presuntiva, elegibilidad u otras fuentes de datos disponibles al Hospital. Para garantizar que el Hospital aplique el Descuento por No Asegurado asistencia de beneficencia tan pronto como sea posible después de que los servicios hayan sido recibidos por el paciente y antes de la emisión de dicha factura, el paciente debe dar aviso al Hospital de la Elegibilidad Presuntiva y. En la medida en que dicha información de elegibilidad se encuentre disponible sin previo aviso del paciente, el Hospital utilizará dicha información para solicitar la Elegibilidad Presuntiva. El Hospital también solicitará la Elegibilidad Presuntiva para los servicios en las situaciones donde el paciente proporcione aviso y documentación complementaria luego de que haya comenzado el proceso de facturación.

El costo de la atención sobre los descuentos establecidos en el Descuento por Paciente No Asegurado se identificará como beneficencia.

F. Cálculo de los Importes Cobrados a los Pacientes

1. Los descuentos entre los Programas de Asistencia Financiera pueden variar. Sin embargo, en todos los Programas de Asistencia Financiera, los cargos que el Hospital cobra por la

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DEL HOSPITAL Y CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD DE ILLINOIS

atención de Afecciones Médicas de Emergencia u otro Servicio Médico Necesario según la definición de esta política a las personas elegibles para el Programa de Asistencia Financiera con ingresos anuales inferiores o iguales a 600 % del Nivel de Pobreza Federal aplicable no podrán ser superiores a los importes generalmente facturados a las personas que tienen seguro de salud que cubre dichos servicios ("Descuento del Importe Generalmente Facturado").

2. El Hospital determina el importe generalmente facturado (AGB, iniciales en inglés) para los pacientes cubiertos por esta política multiplicando sus cargos por cualquier emergencia u otra atención médica necesaria que proporciona por ciertos porcentajes utilizando el método de revisión de los antecedentes del Servicio de Impuestos Internos como se describe en Treas. Reg. §1.501(r)-5. El método de antecedentes analiza un período reciente de 12 meses de reclamos permitidos para determinar el índice de pago real que Medicare y las aseguradoras privadas permiten de forma colectiva. El objetivo es garantizar que el descuento aplicado a los pacientes elegibles para la asistencia financiera sea igual o mayor que el descuento aplicado a pacientes con seguro. Los pacientes pueden aprender más acerca de este cálculo o solicitar una explicación por escrito del método utilizado, poniéndose en contacto con un Asesor Financiero mediante la información de contacto que aparece en el **Anexo 3** de este documento. Se hace referencia al descuento actual aplicable al Descuento de los Importes Generalmente Facturados como se detalla en esta sección de la política en el **Anexo 2** de esta política.
3. Según la legislación de Illinois, el monto máximo que el Hospital puede cobrarle a los pacientes no asegurados según la definición de esta política es del 20 % de los ingresos familiares, analizando un periodo de cobro de doce meses. El período de 12 meses sobre el que se basa el monto máximo comienza en la primera fecha en la que un paciente no asegurado recibe servicios del Hospital que se consideran como elegibles para la asistencia bajo esta política.

G. Solicitud de Asistencia Financiera

El Hospital se compromete a ayudar a los pacientes a comprender las Políticas Financieras en mayor medida y en la solicitud de los posibles programas de terceros para compensar los costos relacionados con los servicios médicos necesarios, ver [LD 1.01 Declaración de Objetivos](#) - Hospital de la Universidad de Illinois. El Hospital proporcionará Asesores Financieros para ayudar al paciente a completar el proceso de solicitud para el programa que resulte más adecuado para él. Esto incluye ayudar a los pacientes a completar el proceso de solicitud de asistencia financiera. Adicionalmente, los pacientes que sean designados como elegibles para ayuda financiera del hospital o seguro médico público no serán canalizados hacia planes de pago, ni enviados a agencias de cobro, exceptuando los cargos pagaderos determinados por el costo compartidos o los descuentos por ayuda financiera pertinentes.

H. Responsabilidades del Paciente

Esta política requiere la cooperación del paciente como una condición para recibir la asistencia; ver [RI 2.01 Derechos y Responsabilidades del Paciente](#). Esta cooperación incluye, pero no se limita a, lo siguiente:

1. El paciente debe cooperar con el Hospital, proporcionando información sobre la cobertura de terceros. Si el Hospital determina que existe una base razonable para creer que el paciente puede tener derecho a dicha asistencia, el paciente debe colaborar en la solicitud

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DEL HOSPITAL Y CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD DE ILLINOIS

para la cobertura de terceros que pueda estar disponible para pagar por la atención médica necesaria del paciente, incluyendo la cobertura de un seguro de salud, un plan de servicio de atención médica, Medicare, Medicaid, All Kids, FamilyCare, seguro de automóvil, indemnización por accidente de trabajo, u otro seguro disponible según la Ley de Cuidado de Salud Asequible. Si el paciente declina solicitar programa público de salud por temor a consecuencias dado su estatus migratorio, el Hospital puede referir al paciente a un Programa gratuito de Recursos para familias Inmigrantes para atender las preocupaciones migratorias del paciente, y ayudar a inscribir al paciente en un programa de salud público. El hospital puede, de cualquier manera, determinar la elegibilidad del paciente para ayuda financiera.

2. Si el paciente es elegible para la cobertura de terceros, el paciente debe obtener y mantener la cobertura que pueda estar disponible. En caso de que el paciente experimente dificultad para hacer los pagos de las primas requeridas para mantener la cobertura, el paciente debe notificar al Hospital de forma inmediata para discutir posibles soluciones u opciones de financiamiento.
3. Una vez se ha entregado la solicitud, el paciente debe proporcionarle al Hospital la información financiera y cualquier otra información solicitada para determinar la elegibilidad para la ayuda financiera. Se debe recibir la información que respalde los materiales de la solicitud dentro de los 30 días de que se haya completado la indagación financiera. La información proporcionada por el paciente debe incluir la identificación del solicitante (por ejemplo, una tarjeta de identificación emitida por el estado), los ingresos, incluyendo los salarios brutos mensuales, salarios e ingresos sin relación de dependencia; ingresos no derivados de salarios incluyendo la pensión alimenticia, manutención de hijos, beneficios de jubilación, dividendos, intereses e ingresos de cualquier otra fuente; número de personas a cargo en el hogar; número de personas a cargo en el hogar sobre la base de la declaración de impuestos federales; y otra información financiera para determinar el estado del paciente, incluyendo los activos y pasivos. Se le podría solicitar documentación de respaldo como, por ejemplo, talones de cheques, declaraciones de impuestos, historial crediticio, para respaldar la información brindada, y se mantendrá junto con la evaluación completa. Si el solicitante no tiene información específica que respalde los ingresos o la dimensión del hogar, el solicitante debe ponerse en contacto con un asesor financiero como se identifica en el **Anexo 3** para discutir qué otra información se puede presentar para respaldar la solicitud.
4. Por lo general, el paciente o una persona que actúe en su nombre debe solicitar la asistencia del Hospital. Sin embargo, el Hospital tiene absoluta discreción para identificar los casos específicos para las necesidades potenciales de beneficencia basándose en la información financiera e información adicional disponible para la organización.
5. El paciente que tiene una obligación de pago -después de todos los descuentos aplicables o atención de caridad con el Hospital- debe cooperar con el Hospital para establecer y cumplir con un plan financiero. El paciente que firme un acuerdo de plan financiero informará a la entidad apropiada de facturación del Hospital de forma inmediata sobre cualquier cambio en las circunstancias que le impidan cumplir con el plan financiero.
6. El paciente debe notificar al Hospital sobre cualquier cambio en la situación financiera que pudiese descalificar al paciente para recibir asistencia financiera.
7. Cualquier paciente que no cumpla con sus responsabilidades en virtud de la sección de Responsabilidades del Paciente de esta política podría recibir una factura por parte del

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DEL HOSPITAL Y CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD DE ILLINOIS

Hospital y estaría sujeto a las actividades de cobro consistentes con las políticas y prácticas de facturación y cobro de la organización para los pacientes que no reúnen los requisitos para la asistencia en virtud de la presente política. Cualquier paciente que no cumpla con un plan financiero puede recibir una factura y estaría sujeto a las actividades de cobro consistentes con las políticas y prácticas de facturación y cobro del hospital por el remanente de la factura luego de la aplicación de cualquier descuento de asistencia financiera.

I. Proceso de Solicitud

1. Para solicitar asistencia financiera, un paciente debe completar el formulario de solicitud de asistencia financiera del Hospital. El individuo proporcionará todos los datos de respaldo requeridos para verificar la elegibilidad, incluyendo la documentación que demuestre los ingresos. Las copias de la solicitud de asistencia financiera e instrucciones se encuentran disponibles en la siguiente dirección web <http://hospital.uillinois.edu/patients-and-visitors/patient-information/financial-assistance>, mediante la solicitud de una copia en persona en cualquiera de las áreas de admisión o registro de pacientes del Hospital, o solicitando una copia gratuita por correo contactando a un asesor financiero del Hospital. Ver **Anexo 3** para obtener información de contacto.
2. Se anima a los pacientes o sus garantes que deseen solicitar asistencia financiera a que presenten una Solicitud de Asistencia Financiera de forma prospectiva o dentro de los noventa días (90) días siguientes a su alta. Los pacientes tendrán 30 días a partir de la solicitud, para entregar la documentación requerida. Si el paciente no entrega la documentación requerida dentro del plazo de 30 días, el hospital documentará la no recepción de tales documentos, la fecha de la revisión, y que ha vencido el periodo de 30 días. Los pacientes pueden reabrir la solicitud hasta 90 días después de la revisión. Los pacientes o sus garantes pueden presentar una solicitud hasta doscientos cuarenta (240) días a partir de la fecha de su primer estado de cuenta luego del alta del Hospital.
3. Los pacientes o sus garantes que presenten una solicitud incompleta recibirán una notificación escrita sobre la deficiencia de la solicitud de parte del Hospital incluyendo información relativa a la información adicional necesaria e información de contacto de un asesor financiero. La solicitud estará pendiente durante un período de sesenta días (60) a partir de la fecha en que se complete la revisión financiera. El Hospital suspenderá cualquier ECA (Acción extraordinaria de conbranza, por sus siglas en inglés) que se define en esta política hasta que la solicitud esté completa, o el paciente no subsane las deficiencias en su solicitud en el período asignado.

J. Proceso de Decisión

1. El Hospital informará a los pacientes o garantes de los resultados de su solicitud, mediante la entrega al paciente o garante de una Determinación de Asistencia Financiera por escrito dentro de los treinta (30) días de haber recibido la solicitud completa y toda la documentación requerida. Si a un paciente o garante se le concede un monto menor que el de la asistencia completa por beneficencia y el paciente o garante proporciona información adicional para su reconsideración, el Hospital podrá modificar la Determinación de Asistencia Financiera previa.
2. Si un paciente o garante pretende apelar la Determinación de Asistencia Financiera, deberá presentar una solicitud por escrito, junto con la documentación de respaldo, ante la Unidad de Gestión de los Casos Financieros como se identifica en el **Anexo 3** para una

**POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DEL
HOSPITAL Y CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD DE ILLINOIS**

revisión/reconsideración adicional por parte del Director Financiero o Designado.

K. Responsabilidades de Facturación y Cobro del Hospital y Clínicas de la Universidad de Illionis

1. El Hospital realizará esfuerzos en el momento inmediato más cercano para obtener del paciente o su representante información que certifique si el seguro de salud privado o público o el patrocinio pueden cubrir total o parcialmente los gastos de la atención prestada al paciente, incluyendo, pero sin limitarse, la cobertura de un seguro de salud, un plan de servicio de atención médica, Medicare, Medicaid, All Kids, FamilyCare, seguro de protección de accidentes, la compensación del trabajador, responsabilidad de terceros, u otro seguro disponible bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible.
2. Se ofrecerá a todos los pacientes no asegurados una revisión financiera para determinar elegibilidad potencial para seguros de asistencia pública, y cualquier ayuda financiera ofrecida por el Hospital. Se ofrecerá ayuda a los pacientes para solicitar asistencia, y la conclusión del proceso según sea necesario.
3. El Hospital no iniciará esfuerzos extraordinarios de cobranza (ECA) sin antes hacer esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para seguros de salud pública y asistencia financiera bajo la póliza. Se permitirán 240 días de plazo al paciente, a partir de la fecha del primer estado de cuenta después del alta médica, para completar la revisión financiera o para aceptar un plan de pago. Sin embargo, si el paciente no hace planes financieros adecuados en un plazo de 120 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta después del alta médica, podrán ser iniciadas acciones de cobranza. Si el paciente no asegurado ha aceptado una revisión para ayuda financiera del Hospital y está cooperando con las cláusulas identificadas en la sección de responsabilidades del paciente en esta póliza el Hospital o su agente asignado o servicio de cobranza no iniciará acción de cobranza contra el paciente no asegurado hasta que se alcance una decisión sobre la elegibilidad del paciente no asegurado para seguro de asistencia pública y asistencia financiera -Si el paciente no asegurado cumple con el plan financiero con el que ha estado de acuerdo el Hospital, el Hospital no deberá ejercer acciones de cobranza contra el paciente no asegurado.
4. El Hospital no diferirá ni negará atención con base en el no pago de facturas anteriores.
5. El Hospital y sus agencias de cobro de terceros pueden iniciar una Acción de Cobro Extraordinario (ECA) en contra de un paciente o su garante, de acuerdo con esta Política y la 26 C.F.R. § 1.501 I. Las ECA pueden incluir lo siguiente:
 - a) Proporcionar información adversa sobre el paciente o su garante a las agencias de informes crediticios del consumidor o agencias de crédito.
 - b) Las acciones que requieren de un proceso legal o judicial incluyendo, pero sin limitarse a:
 - 1) Iniciar una acción civil en contra de un paciente o su garante
 - 2) Embargar los salarios de un paciente o garante
 - c) Compensar otros pagos que se le deban al paciente o garante por el Estado de Illinois a través del Sistema Controlador de Compensación.
6. Cuando sea necesario realizar tal acción, el Hospital y sus agencias de cobro se comprometen a realizar actividades de cobro justas, respetuosas y transparentes. Antes de participar o reanudar cualquier acción de cobro extraordinaria (excepto el aplazamiento o la denegación del cuidado debido a la falta de pago de facturas derivadas de la atención

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DEL HOSPITAL Y CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD DE ILLINOIS

previa), el Hospital emitirá un aviso por escrito que (i) describa las actividades específicas de cobro que pretende iniciar (o reanudar), (ii) establezca una fecha límite para el inicio de dicha(s) acción(es) (o reanudación), y (iii) incluya un resumen de esta política, en términos sencillos. En relación con el inicio de la ECA, el Hospital también realizará un esfuerzo razonable para notificar verbalmente al paciente acerca de la política de asistencia financiera y cómo el paciente puede solicitar asistencia mediante el proceso de solicitud. El Hospital puede iniciar actividades de cobro en un plazo no menor de 30 días desde la fecha en que se emite el Aviso de Iniciación de la ECA, ya sea por correo regular o correo electrónico (si así lo autoriza el paciente/garante).

Los pacientes o garantes que actualmente estén sujetos a una ECA que no hayan solicitado previamente la Asistencia Financiera pueden solicitar la asistencia hasta 240 días siguientes a la fecha de su primer estado de cuenta después del alta del Hospital. El Hospital y sus agencias de cobro de terceros suspenderán cualquier ECA vigente sobre un paciente o su garante, mientras que se esté procesando y considerando una Solicitud. Si se aprueba la solicitud, se revertirá la ECA previa.

L. Reembolsos

Los pacientes elegibles para la asistencia en virtud de la presente Política que hayan remitido el pago al Hospital en exceso de su responsabilidad de paciente para el cuidado incluido en la Solicitud serán alertados del pago en exceso tan pronto como sea razonable después de su descubrimiento, dada la naturaleza del pago en exceso. Los pacientes con un saldo pendiente de cualquier entidad del Hospital en una cuenta separada que no sean elegibles para la asistencia bajo esta política recibirán su reembolso aplicado al saldo pendiente. Los pacientes que no tengan un saldo pendiente como se ha descrito anteriormente recibirán un reembolso de su pago en exceso tan pronto como sea técnicamente posible como requiere la ley.

M. Confidencialidad

El Hospital respeta la confidencialidad y dignidad de sus pacientes y entiende que la necesidad de solicitar asistencia financiera puede ser un asunto delicado. El personal del Hospital proporcionará acceso a la información relacionada con la asistencia financiera sólo a aquellos directamente involucrados en el proceso de determinación y cumplirá con todos los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) para el manejo de la información médica personal.

N. Divulgación de la Política

El Hospital dará a conocer ampliamente su programa de asistencia financiera dentro de la comunidad a la que sirve. A tal fin, el Hospital tomará las siguientes medidas, entre otras acciones determinadas como apropiadas por el Hospital, para asegurarse de que los miembros de la comunidad estén al tanto del programa y tengan acceso a esta política y los documentos relacionados.

1. El Hospital pondrá una copia de esta política a disposición de la comunidad mediante su publicación en la siguiente dirección web <http://hospital.uillinois.edu/patients-and-visitors/patient-information/financial-assistance> junto con copias de la solicitud de asistencia financiera que se podrán descargar, y un resumen de esta política en términos sencillos.
2. El Hospital pondrá a disposición copias en papel de la Política de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés), el formulario de solicitud de la FAP y un resumen de esta

**POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DEL
HOSPITAL Y CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD DE ILLINOIS**

- política en términos sencillos, disponibles bajo petición y sin cargo alguno, en el sitio web del hospital, por correo y en la sala de emergencia y áreas de admisión/registro en el Hospital para cualquier miembro de los organismos públicos o reglamentarios.
3. El Hospital notificará e informará a los miembros de la comunidad acerca de esta política y de cómo o dónde obtener más información sobre el proceso de solicitud y las políticas, así como copias de los materiales. La notificación se hará de una manera razonablemente calculada para llegar a aquellos miembros de la comunidad que son más propensos a requerir la asistencia financiera del Hospital. Los exámenes de detección al paciente, así como las citas derivadas, serán proveídas de acuerdo con el Acta de Servicios de Asistencia de Lenguaje a personas con limitado uso del inglés, y personas con deficiencia auditiva.
 4. El Hospital deberá notificar e informar a las personas que reciben atención del hospital sobre el programa de asistencia financiera de las siguientes maneras:
 - a) El Hospital ofrecerá una copia en papel del resumen en términos sencillos del programa de asistencia financiera a los pacientes como parte del proceso de admisión o alta. El Hospital podrá proporcionar cualquier notificación escrita por vía electrónica a cualquier individuo que indique que prefiere recibir comunicaciones por vía electrónica.
 - b) Cada estado de cuenta para las cuentas de pago automático incluirá un aviso visible por escrito sobre el Programa de Asistencia Financiera que contenga información de contacto sobre cómo solicitar la asistencia financiera, así como el sitio web directo para el programa de asistencia financiera.
 - c) El Hospital notificará e informará a los visitantes acerca de este programa a través de la exhibición pública visible en lugares diseñados para atraer la atención de los visitantes.
 5. La política de asistencia financiera, la solicitud para la asistencia financiera y el resumen de esta política en términos sencillos se brindará en inglés y estará traducido a cualquier otro idioma que se considere como el idioma principal de la minoría de hasta 1000 individuos o el 5 por ciento de la comunidad atendida por el Hospital o las poblaciones que podrían verse afectadas o tener algún tipo de vínculo con el Hospital.

**POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DEL
HOSPITAL Y CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD DE ILLINOIS**

PROCEDIMIENTO

A. Descripción del Proceso de Solicitud

- a) El funcionario de registro determinará el estado financiero del paciente (incluyendo la presencia de un plan financiero existente) en el momento más inmediato posible, de acuerdo con el reglamento de EMTALA, ver TX 5.13 Tratamiento médico de emergencia y trabajo de parto activo (por ejemplo: durante asignación de citas, horario de servicio, después de atender para estabilizar, etc.). Si el paciente no tiene seguro, se le informará del requisito de depósito de pago automático.
 - a.i. Los pacientes asegurados pueden solicitar un examen de detección prospectivamente y se les anima a solicitar una evaluación financiera dentro de los 90 días siguientes al alta médica. Los pacientes asegurados tienen hasta 240 días de la fecha del primer estado de cuenta después el alta médica para solicitar asistencia .
- b) Pacientes asegurados quienes no cuentan con un plan no cuenta financiero, se derivará al paciente a un Asesor Financiero para desarrollar un plan financiero..
- c) Si un consejero financiero determina que un paciente puede ser elegible para seguro de salud público, el paciente será referido a solicitar asistencia de salud pública. Se dará asistencia durante el proceso de solicitud según sea necesario.
 1. Si el paciente se niega a solicitar un seguro de salud público debido a preocupaciones relacionadas con la inmigración, el paciente puede ser referido a un recurso gratuito e imparcial para abordar las inquietudes y ayudar a inscribirse.
 2. Si se rechaza la solicitud del paciente para el seguro de salud público, el hospital ofrecerá evaluar al paciente para obtener asistencia financiera, momento en el cual el plazo de 90 días comenzará nuevamente.
2. Si un asesor financiero determina que un paciente puede ser elegible para recibir atención caritativa, se le proporcionará al paciente una solicitud. Se proporcionará asistencia con el proceso de solicitud según sea necesario. La solicitud completa y todos los documentos de respaldo deben entregarse 30 días a partir de la fecha de la evaluación.
 1. La documentación de respaldo incluye, entre otros: identificación con foto, comprobante de ingresos, declaraciones de impuestos y recibos de pago.
 2. Si el paciente no entrega una solicitud completa con documentos de respaldo dentro del plazo de 30 días, el hospital deberá documentar la falta de documentación recibida, la fecha de la evaluación y que el plazo de 30 días ha transcurrido. Los pacientes pueden reabrir su solicitud dentro de los 90 días posteriores a la finalización de la evaluación financiera. Los pacientes tienen hasta 240 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta para solicitar asistencia.
3. Los asesores financieros revisarán las solicitudes completadas e informarán a los pacientes de los resultados de su solicitud por escrito dentro de los 30 días posteriores a la recepción.
4. Una vez aprobada la Asistencia Financiera, el Hospital revisará todos los servicios

**POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DEL
HOSPITAL Y CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD DE ILLINOIS**

- prestados y aplicará descuentos cuando corresponda.
5. Si se rechaza una solicitud de asistencia financiera, se le puede pedir al paciente que desarrolle un plan financiero de acuerdo con LD 3.06 Depósitos para atención médica electiva no urgente.
 1. Los pacientes pueden apelar la Determinación de Asistencia Financiera presentando una solicitud por escrito, junto con toda la documentación de respaldo, a la Unidad de Administración de Casos Financieros para su reconsideración.

Mark I Rosenblatt, MD, PhD, MBA
Interim Chief Executive Officer
University of Illinois Hospital and Clinics

Fecha

Palabras claves: Ninguna(o)

Referencias

Política de Gestión y Procedimientos del Hospital

[LD1.01 Declaración de Objetivos - Hospital de la Universidad de Illinois](#)
[RI 2.01 Derechos y Responsabilidades del Paciente](#)
[TX 5.13 Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto \(EMTALA, por sus siglas en inglés\)](#)
[LD 3.06 Depósitos para la Atención Médica Electiva Programada](#)
[RI 2.02 Servicios de Lenguaje para Hablantes limitados de Inglés](#)

Ley de Descuento para el Paciente No Asegurado del Hospital de Illinois [210 ILCS 89/]
Ley de Facturación Justa del Paciente de Illinois [210 ILCS 88/]
Artículo 501(r) del Código de Impuestos Internos
Ley Federal de Seguridad Social [42 U.S.C. 1395dd]
Acta de Servicios de Asistencia de Lenguaje Act [210 ILCS 87]

Anexos

Anexo A: Lista de Proveedores Excluidos
Anexo B: Descuentos aplicables a la Ley de Descuento para el Paciente No Asegurado y al Descuento al Importe Generalmente Facturado (AGB, por sus siglas en inglés)
Anexo C: Información de Contacto

Rescisión

Enero 2022
Noviembre de 2020

**POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DEL
HOSPITAL Y CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD DE ILLINOIS**

Julio de 2019 Marzo de 2019
Septiembre de 2018
Enero de 2018
Octubre de 2017
Julio de 2016
Enero de 2014
Noviembre de 2012
Noviembre de 2009
Marzo de 2007
Diciembre de 2004

Revisada por

Esta política fue revisada y respaldada por las siguientes personas: Director Financiero

Propietario de la Política - Director Financiero Adjunto, Ciclo de Ingresos

**Propietario secundario de la Política - Director de Diversidad y Equidad en Salud
Comunitaria**

**POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DEL
HOSPITAL Y CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD DE ILLINOIS**

Anexo A: Proveedores Excluidos de la Política de Asistencia Financiera

Todos los descuentos que se describen a lo largo de esta política se aplican a todos los servicios médicos necesarios definidos por esta política proporcionada por el Hospital de la Universidad de Illinois y la Universidad de Illinois en Chicago Physicians Group asociado con los servicios prestados en el Hospital de la Universidad de Illinois y las clínicas de sus proveedores.

Las prácticas de facturación y los descuentos asociados al Programa de Asistencia Financiera de UI Hospital proporcionadas en el Hospital de la Universidad de Illinois y las clínicas de sus proveedores no se aplican a todos los médicos, departamentos o servicios médicos. Por lo tanto, cualquier honorario profesional o de otra índole relacionados estarían excluidos de la política.

Los proveedores que no cubre esta política se pueden encontrar en “Documentos Importantes” en el enlace siguiente: [//hospital.uillinois.edu/patients-and-visitors/financial-assistance](http://hospital.uillinois.edu/patients-and-visitors/financial-assistance). También puede solicitar esta información poniéndose en contacto al (312)996-1000. La lista de excluidos deberá ser revisada y actualizada al menos cada tres meses.

**POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DEL
HOSPITAL Y CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD DE ILLINOIS**

Anexo B: Descuento en relación con el programa de asistencia financiera del Hospital de la UI aplicable al Descuento por Paciente No Asegurado y al Descuento al Importe Generalmente Facturado

- 0-200 % del Nivel de Pobreza Federal = 100 % de Descuento sobre los gastos
- 201-600 % del Nivel de Pobreza Federal = 70 % de Descuento sobre los gastos

**POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DEL
HOSPITAL Y CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD DE ILLINOIS**

Anexo C: Información de Contacto de la Política de Asistencia Financiera

Sitio web: <http://hospital.uillinois.edu/patients-and-visitors/patient-information/financial-assistance>

Para preguntas sobre Asistencia Financiera, por favor póngase en contacto con:

Unidad de Gestión de Casos Financieros
Hospital de la Universidad de Illinois
1740 W. Taylor Street, Room 1155 (M/C 778)
Chicago, IL 60612-7232
Teléfono: 312-413-7621
Fax: 312-413-3371
Correo electrónico: getinsured@uic.edu

Para preguntas sobre facturación póngase en contacto con:

Servicios del Hospital

Hospital de la Universidad de Illinois
Departamento de Contabilidad de Pacientes
809 S. Marshfield Avenue, 9th Floor
M/C 732
Chicago, IL 60612
Teléfono: 312-996-1000
Fax: 312-996-1001
Correo electrónico: billinfo@uic.edu

Servicios Profesionales

Grupo Médico de la Universidad de Illinois
A la atención de Wolcott, Wood and Taylor, Inc.
200 W. Adams, Suite 225
Chicago, IL 60606
Teléfono: 312-996-1000
Fax: 312-667-7392
Email: billinfo@uic.edu
(Wolcott, Wood and Taylor, Inc. ofrece asistencia sobre la facturación para todos los UIPG, excepto el Departamento de Patología)

Grupo Médico de la Universidad de Illinois
Departamento de Patología
A la atención de Kellison & Company
4925 Galaxy Parkway, Suite U
Cleveland, OH 44128
Teléfono: 888-694-6300
Correo Electrónico: info@kellison.com