



Asunto: ASISTENCIA FINANCIERA CENTRO MÉDICO Principal: <u> X </u> General: <u> </u>	Sección: Asistencia financiera	Número de política: MC 519	Página: 1 de 13
	Solicitud: Todo el Centro Médico		Fecha de emisión: Octubre de 2016
	Persona de contacto: Vicepresidente, ciclo de ingresos		Prevalece sobre: Junio de 2013
Recomendado: Stephen Kimmel Director financiero	Aprobado: Nancy C. Cychol Presidenta		
Revisión:			

PROPÓSITO:

Describir la manera en que Cook Children's Health Care System (CCHCS) asignará los recursos para la atención de emergencia y necesaria por razones médicas que se brinda en Cook Children's Medical Center (CCMC) a los pacientes que necesitan asistencia financiera, y administrar los recursos limitados de CCHCS a fin de brindar atención necesaria por razones médicas de forma adecuada a:

- A. los residentes de las comunidades en el área primaria de servicios de CCHCS;
- B. aquellos pacientes que residen fuera del área primaria de servicios, incluso fuera del estado, que acuden a CCMC a través de relaciones médicas establecidas; y
- C. reconocer que se deben establecer límites razonables para el importe de asistencia financiera que se puede brindar a los destinatarios previstos a fin de garantizar la viabilidad financiera continua de CCMC y sus entidades afiliadas.

El área primaria de servicios de CCHCS abarca los condados de Tarrant, Johnson, Parker, Denton, Hood y Wise.

Esta política está respaldada por los requisitos de las políticas de CCMC MC 171: Admisiones, MC 011: Exámenes médicos de detección de emergencia y traslado de pacientes, MC 484: Servicios del Departamento de Emergencias y coordinación de la atención, y las políticas de CCHCS FN 175: Requisitos de cobro en el momento del servicio, FN 300: Asistencia financiera, AD 550: Inmigrantes indocumentados, y FN 480: Descuentos por pronto pago para personas sin seguro.

POLÍTICA:

En relación con la exención de CCMC de determinados impuestos federales y estatales, y a fin de respaldar la misión de CCMC de satisfacer las necesidades de atención médica de la comunidad, CCMC brindará asistencia financiera a los pacientes elegibles de conformidad con esta Política de asistencia financiera (FAP).

La información sobre la asistencia financiera se publicitará ampliamente y estará disponible para los garantes cuyos hijos hayan recibido atención de CCMC.

La asistencia financiera se puede otorgar a los ciudadanos estadounidenses (EE. UU.) o a los residentes legales permanentes que no residan en el área primaria de servicios de CCHCS dentro de las limitaciones de esta política. Las solicitudes para recibir asistencia financiera se aprobarán de conformidad con los niveles de autoridad que se indican en esta política. Las personas responsables de realizar la aprobación revisarán y documentarán que se hayan cumplido todas las políticas aplicables.

La asistencia financiera estará disponible para todas las personas que reciban servicios en CCMC en caso de emergencia y que no tenga los recursos para pagar los servicios, independientemente del estado de residencia o ciudadanía.

A través del Departamento de Coordinación de Casos, CCMC, según cada caso, proporcionará medicamentos recetados a un paciente cuya familia no tenga recursos para abastecerse de los medicamentos recetados por el médico. Estos medicamentos se entregarán de conformidad con las reglamentaciones estatales y federales, y se proporcionarán solo a los pacientes hospitalizados en CCMC o a los pacientes ambulatorios de las clínicas especializadas en el hospital y de la sala de emergencias.

La asistencia financiera se otorgará al paciente, si cumplen con los requisitos, independientemente de su edad, sexo, identidad o expresión de género, orientación sexual, discapacidad física o mental, raza, credo, origen étnico, religión, idioma o nacionalidad.

Se exige que CCMC realice un esfuerzo razonable para determinar si una persona es elegible para recibir asistencia financiera de conformidad con los términos de esta política. La elegibilidad se determinará en un plazo máximo de 240 días después de que CCMC le haya proporcionado a la persona el primer estado de cuenta posterior al alta. El objetivo de CCMC es realizar una determinación de elegibilidad tan pronto como sea posible después de recopilar toda la información en el proceso de solicitud.

A una persona elegible para recibir asistencia financiera nunca se le cobrará más por la atención de emergencia o necesaria por razones médicas que los importes que se facturan generalmente a las personas con seguro.

Es posible que existan situaciones únicas en las que un garante tenga una dificultad financiera, pero que no cumpla con los requisitos de esta política para recibir asistencia financiera.

PROVEEDORES/SERVICIOS NO CUBIERTOS:

Esta FAP se aplica a la atención de emergencia y necesaria por razones médicas que se brinde en CCMC. Los servicios prestados por todas las demás entidades afiliadas de CCHCS están cubiertos por la política de CCHCS FN 300: Asistencia financiera, que aplica los mismos criterios de elegibilidad y descuentos que los que se establecen en esta política.

Esta FAP no se aplica a los servicios prestados por determinados médicos que no estén empleados por una de las entidades afiliadas de CCHCS u otros proveedores que no pertenezcan al hospital, y es posible que se facturen al paciente por separado. Consulte el Anexo A para obtener una lista de los proveedores y los servicios que no están cubiertos por esta FAP. Se revisará la exactitud de esta lista de forma trimestral y se actualizará según corresponda.

DEFINICIONES; A LOS FINES DE ESTA POLÍTICA Y EL FORMULARIO DE EVALUACIÓN FINANCIERA:

Familia: un grupo de dos o más personas relacionadas por nacimiento, casamiento o adopción. Todas dichas personas relacionadas se consideran miembros de una familia. Por ejemplo, si una pareja mayor casada, su hija y el marido con dos hijos, y el sobrino de la pareja mayor viven todos en la misma casa o departamento, todos se consideran miembros de una sola familia.

Persona no relacionada: una persona mayor de 15 años de edad (que no sea recluso de una institución) que no viva con ningún pariente. Los ejemplos de personas no relacionadas que residen con otras personas incluyen un inquilino, un hijo sustituto, un pupilo o un empleado.

Hogar: un hogar incluye a todas las personas que ocupan una unidad de vivienda (casa o departamento), independientemente de si están relacionadas entre sí o no. Si una familia y una persona no relacionada, o dos personas no relacionadas, viven en la misma unidad de vivienda, constituirían dos unidades familiares, pero un solo hogar.

Ingresos: entradas totales anuales de efectivo antes de impuestos de todas las fuentes, con las excepciones que se describen a continuación. Los ingresos incluyen salarios y sueldos de dinero antes de cualquier deducción; ingresos netos de empleos independientes; pagos regulares del Seguro Social, jubilación para ferroviarios, indemnización por desempleo, beneficios de huelga de fondos sindicales, indemnización por accidentes, pagos a veteranos, asistencia pública y estipendios por capacitación; pensión alimenticia, manutención, y asignación para familias de militares u otro sostén regular de un familiar ausente o de alguien que no viva en el hogar; pensiones privadas, pensiones para empleados del gobierno (incluido el pago por jubilación militar), y seguro regular o pagos de anualidades; becas, subsidios, pasantías y ayudantías de colegios o universidades; y dividendos, intereses, ingresos netos de alquileres, regalías netas, ingresos periódicos de propiedades o fideicomisos, y ganancias netas de juegos de azar, apuestas o loterías.

Exclusiones de ingresos: los ingresos no incluyen los siguientes tipos de dinero recibido: ganancias de capital, cualquier reducción de activos como extracciones de un banco, la venta de propiedades, una casa o un automóvil, devoluciones de impuestos, donaciones, préstamos, herencias de pago único, pagos de seguro por única vez o indemnización por lesiones, o beneficios que no sean en efectivo.

Residente: alguien que es ciudadano estadounidense o residente legal permanente que vive en el área primaria de servicios de CCHCS. A los residentes legales permanentes se les otorga una tarjeta de registro como extranjero, una tarjeta I-551, mejor conocida como “tarjeta verde”. Las personas que se encuentran en los EE. UU. con cualquier visa válida no se consideran residentes.

Inmigrante indocumentado: una persona que no es ciudadana estadounidense que ingresa a los EE. UU. sin inspección o que se queda en el país más tiempo que el otorgado en la visa. También se denomina “persona que se encuentra de forma ilegal”, “extranjero ilegal” o “inmigrante ilegal”.

PUBLICIDAD DE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA:

CCMC publicitará ampliamente la información en esta FAP de la siguiente manera:

- A. Copias impresas de la política, un resumen de la política en lenguaje sencillo y el Formulario de evaluación financiera disponible en inglés y español, a pedido y sin cargo, tanto por correo como en las áreas de admisión y del Departamento de Emergencias.
- B. Carteles y folletos notorios con información general sobre la disponibilidad de asistencia financiera en áreas públicas del Centro Médico, incluidas las áreas de admisión y del Departamento de Emergencias.
- C. Notificación de la disponibilidad de asistencia financiera a los miembros de la comunidad que probablemente la necesiten a través de folletos para distribuir en agencias locales y organizaciones sin fines de lucro que aborden las necesidades de atención médica de las poblaciones con bajos ingresos de la comunidad, junto con instrucciones sobre cómo pueden obtener más información.

- D. Publicación de esta Política de asistencia financiera, un resumen de la política en lenguaje sencillo y el Formulario de evaluación financiera en una ubicación de fácil acceso en el sitio web de Cook Children's.
- E. Inclusión de un aviso por escrito visible en todos los estados de cuenta que notifique e informe a los destinatarios acerca de la disponibilidad de la asistencia financiera de conformidad con la FAP y que incluya un número de teléfono del departamento que pueda proporcionar información sobre la FAP y el proceso de solicitud, además de la dirección del sitio web, donde se pueden obtener copias de la FAP, el Formulario de evaluación financiera y un resumen de la FAP en lenguaje sencillo.
- F. Una copia impresa del resumen de esta FAP en lenguaje sencillo como parte del proceso de admisión o de alta.

ELEGIBILIDAD PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA:

A excepción de las personas que ingresan a CCMC en caso de emergencia, a fin de ser elegible para recibir asistencia financiera, la persona debe ser residente de los condados de Denton, Hood, Johnson, Parker, Tarrant o Wise, o debe ser paciente de un médico que tenga una relación establecida con CCHCS.

A. Indigente por razones financieras

1. Un garante indigente por razones financieras es una persona que no tiene seguro o que tiene un seguro insuficiente que no cubre sus necesidades aceptada para brindarle atención sin ninguna obligación de pago por los servicios prestados en función de los criterios de elegibilidad establecidos en esta política.
2. A fin de ser elegible para recibir asistencia financiera como garante indigente por razones financieras, los ingresos de una persona deben ser del 400 % de las Pautas federales de ingresos o inferiores. CCMC puede tener en cuenta otros activos y responsabilidades financieras de la persona para determinar la elegibilidad.
3. CCMC seguirá las pautas de ingresos de pobreza más actuales emitidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. a fin de determinar la elegibilidad de una persona para recibir asistencia financiera como garante indigente por razones financieras. Las pautas de ingresos de pobreza se publican en el Registro Federal cada año, y a los fines de esta política, entran en vigencia el primer día del mes siguiente al mes de la publicación.
4. En ningún caso CCMC establecerá los criterios de elegibilidad para los garantes indigentes por razones financieras que indiquen el nivel de ingresos para asistencia financiera inferior al requerido para los condados incluidos en la Ley de tratamiento y atención médica para indigentes de Texas, o superior al 400 % de las Pautas federales de pobreza. No obstante, CCMC puede ajustar los criterios de elegibilidad de vez en cuando en función de los recursos financieros de CCMC y según sea necesario para satisfacer las necesidades de la comunidad.

B. Indigente por razones médicas

1. Un garante indigente por razones médicas es una persona cuyas facturas médicas u hospitalarias excedan el 5 % del ingreso bruto anual del garante, que no tenga cobertura de seguro a terceros, cuyos ingresos familiares excedan el 400 % de las Pautas federales de pobreza y que no pueda pagar. CCMC puede tener en cuenta otros activos y responsabilidades financieras de la persona para determinar la capacidad de pago.

2. El descuento de una parte del saldo del garante en casos de indigencia médica se basará en la escala móvil que se encuentra en el Anexo B de esta política.
3. Si se realiza una determinación de que el garante tiene la capacidad de pago del resto de la factura, dicha determinación no previene una reevaluación de la capacidad de pago del garante en una fecha posterior.

C. Indigente por razones catastróficas

1. Un garante indigente por razones catastróficas es una persona:
 - a. cuyas facturas médicas después del pago por parte de terceros excedan el 35 % del ingreso bruto anual del garante; o
 - b. cuyas facturas médicas excedan el 35 % del ingreso bruto anual del garante, y que ese ingreso exceda el 500 % de las Pautas federales de pobreza, y que no pueda pagar el resto de la factura.
2. El descuento de una parte del saldo del garante en casos de indigencia por razones catastróficas se basará en la escala móvil que se encuentra en el Anexo B de esta política.
3. Si se realiza una determinación de que el garante tiene la capacidad de pago del resto de la factura, dicha determinación no previene una reevaluación de la capacidad de pago del garante en una fecha posterior.

D. Calificaciones automáticas

1. Los cargos por los servicios no cubiertos por Medicaid/CSHCN se descontarán por caridad si el paciente era un beneficiario de Medicaid/CSHCN en el momento del servicio no cubierto.
2. Cuando un paciente haya recibido la aprobación para CHIP, pero los servicios se reciban antes de la fecha de entrada en vigencia, el paciente se considerará elegible de forma automática para la asistencia financiera para aquellos servicios que se brinden en el plazo de los 60 días posteriores a la fecha de entrada en vigencia.
3. Después del fallecimiento de un paciente, cualquier importe restante que se adeude en la cuenta del paciente después del pago por parte de terceros, se descontará por caridad de forma automática, en la medida en que lo permitan las leyes estatales y federales aplicables, incluidas las normas y reglamentaciones de pago promulgadas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

NO ELEGIBILIDAD PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA:

Es posible que los pacientes no estén cubiertos por esta política de asistencia financiera si están cubiertos por una compañía de seguro comercial que:

- A. no tenga un contrato con CCMC y no pague los beneficios fuera de la red a CCMC; y
- B. no autorice que los servicios se presten en CCMC.

Los pacientes tampoco son elegibles si no proporcionan toda la información requerida a CCMC o a su compañía de seguros. Si la familia decide que sus hijos reciban atención que no es de emergencia en CCMC, aunque sepan que los servicios no estarán cubiertos, la familia será responsable del pago del importe estimado de la reclamación en su totalidad antes del servicio.

Si se determina que un paciente podría calificar para un programa patrocinado por el gobierno, como Medicaid, el Programa de seguro de salud para niños (CHIP), Niños con necesidades de atención médica especial (CSHCN) o la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), pero la familia se niega a solicitar asistencia, la factura no se tendrá en cuenta para la asistencia financiera. La familia será responsable de todo el saldo y el pago del importe estimado en el momento en que se presten los servicios.

Es posible que los procedimientos optativos de estética no califiquen para la asistencia financiera. El presidente de CCMC o su persona designada deben aprobar los procedimientos optativos de estética.

PROCEDIMIENTO PAR IDENTIFICAR LA ELEGIBILIDAD PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA:

A. Cómo solicitar la asistencia financiera

1. El Departamento de Registro de Pacientes derivará a aquellos garantes que podrían calificar para la asistencia financiera de un programa del gobierno al programa adecuado, como Medicaid, CHIP, CSHCN o SSI.
2. Para los pacientes que no tengan cobertura de seguro, en caso de denegación de un programa del gobierno, el garante deberá completar un Formulario de evaluación financiera (consulte el Anexo C) y enviarlo al Departamento de Contabilidad de Pacientes para un examen de asistencia financiera. Si es evidente que el paciente no calificará para la asistencia del gobierno porque los ingresos exceden los niveles, se eximirá el requisito de una denegación.
3. Para los pacientes con cobertura de seguro, el garante deberá completar el Formulario de evaluación financiera y enviarlo al Departamento de Contabilidad de Pacientes para un examen de asistencia financiera sin la necesidad de que el garante solicite la asistencia de un programa del gobierno cuando es evidente que los ingresos del garante exceden el nivel para los programas del gobierno. Si no es evidente que los ingresos del garante exceden el nivel de ingresos, entonces se debe evaluar la elegibilidad del garante para los programas de asistencia del gobierno.
4. Se debe recibir la siguiente documentación a fin de procesar la solicitud de asistencia financiera (solo se deben enviar copias de la documentación; los originales no se devolverán al garante):
 - a. Formulario de evaluación financiera completado y firmado.
 - b. Se debe proporcionar uno de los siguientes tipos de comprobante de ingresos del garante y su cónyuge. Para cualquier tipo de talón de pago o carta, se debe proporcionar un comprobante de los últimos tres períodos de pago:
 - i. W-2;
 - ii. declaración impositiva del año anterior (esto se requiere para todos los garantes/cónyuges independientes);
 - iii. talones de pago de sueldo;
 - iv. talones de pago de jubilación;
 - v. cartas del Seguro Social o comprobantes de depósito que demuestren el importe de los depósitos del Seguro Social;
 - vi. talones de pago del seguro de desempleo de los EE. UU.;
 - vii. talones de pago de otros programas del gobierno;
 - viii. carta del empleador con membrete de la empresa que indique el importe de pago; y

ix. en casos excepcionales, se puede usar el testimonio verbal o escrito como comprobante de ingresos. El director del Departamento de Contabilidad de Pacientes o el vicepresidente del Departamento de Finanzas tienen la autoridad de aprobación final acerca del testimonio verbal o escrito.

c. La denegación de Medicaid para el período, incluidas las fechas de servicio de todas las cuentas. Este requisito se eximirá si es evidente que el paciente no calificará para la asistencia del gobierno. Si el paciente tiene cobertura del gobierno solo para una parte de los días de tratamiento, es posible que se requiera una solicitud/denegación para el período no cubierto por Medicaid/CSHCN.

B. Factores que se deben tener en cuenta para la determinación de elegibilidad

Los siguientes factores se deben tener en cuenta para determinar la elegibilidad del garante para recibir asistencia financiera:

1. ingreso bruto del hogar;
2. cantidad de familiares; y
3. las Pautas federales de ingresos de pobreza, según las actualizaciones anuales del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS).

C. Solicitudes incompletas: si no se recibe toda la información requerida (es decir, si la solicitud está incompleta), se proporcionará información relevante al solicitante para que complete la solicitud junto con un resumen de esta política de asistencia financiera. No se realizará ninguna gestión de cobro hasta que se hayan hecho los esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de asistencia financiera.

D. Plazo para la determinación de elegibilidad: el objetivo de CCMC es realizar una determinación acerca de la elegibilidad del garante para recibir asistencia financiera tan pronto como se encuentre disponible información suficiente sobre los recursos financieros del garante y su elegibilidad para recibir asistencia del gobierno.

1. El supervisor/director del Departamento de Contabilidad de Pacientes o el vicepresidente del Departamento de Finanzas realizarán una determinación de elegibilidad en el plazo de los 30 días posteriores a haber recibido toda la información necesaria para realizar una determinación, pero en ningún caso pasarán más de 240 días desde la fecha en que CCHCS le proporcionó a la persona el primer estado de cuenta posterior al alta.
2. La determinación de elegibilidad puede ser válida durante un período de un año como máximo.
3. Al menos 30 días antes de la fecha límite para la determinación de elegibilidad, se proporcionará al menos un aviso por escrito para notificar que el hospital o la agencia de cobranzas pueden iniciar o retomar las gestiones de cobro si la persona no paga el importe adeudado o no completa la solicitud antes de la fecha límite especificada.

E. Documentación de la determinación de elegibilidad: una vez que se haya realizado una determinación de elegibilidad, se documentará lo siguiente en el área de mensajes de la cuenta para cada cuenta afectada por la determinación:

1. se determinó que la persona es elegible para recibir asistencia financiera;

2. se notificó por escrito a la persona su elegibilidad para recibir asistencia financiera;
3. no se realizó ninguna gestión de cobro mientras se determinaba de forma razonable la elegibilidad de asistencia financiera.

Cualquier entidad de CCHCS debe realizar la determinación solo una vez. La información se puede compartir entre las entidades, a fin de no duplicar el proceso. Toda la documentación proporcionada para la determinación se guardará en los registros del Departamento de Contabilidad de Pacientes durante un período de siete años como mínimo.

- F. Las autoridades de aprobación para el descuento total de las cuentas de un garante serán las siguientes:
1. El saldo del garante inferior a \$10,000 requiere la aprobación del supervisor de facturación o del Departamento de Contabilidad de Pacientes.
 2. El saldo del garante de \$10,000 a \$50,000 también requiere la aprobación del gerente/director del Departamento de Contabilidad de Pacientes.
 3. Los saldos del garante superiores a \$50,000 también requieren la aprobación del vicepresidente del Ciclo de ingresos.
- Para las calificaciones automáticas, no se requiere aprobación.
- G. Si se hacen arreglos de pago, el período de pago no debe exceder los 24 meses posteriores a la fecha en que se arregla el cronograma de pagos. El supervisor/director del Departamento de Contabilidad de Pacientes o el vicepresidente del Ciclo de ingresos deben aprobar las excepciones.
- H. Cualquier excepción a esta política requiere la aprobación por escrito del presidente.

FACTURACIÓN Y GESTIONES DE COBRO:

- A. Después de una determinación de elegibilidad de asistencia financiera, se proporcionará a la persona un estado de cuenta que indica el importe que adeuda la persona como resultado de ser elegible para recibir asistencia financiera.
1. El estado de cuenta indicará el importe que adeuda la persona y la manera en que se calculó el importe. El estado de cuenta puede reflejar los cargos brutos que se utilizaron como punto de partida antes de que se aplicaran las asignaciones, los descuentos o las deducciones, siempre que el importe que la persona sea responsable de pagar sea inferior a los cargos brutos por dicha atención.
 2. A una persona elegible para FAP no se le puede cobrar más que los importes que se facturan generalmente (AGB) a las personas con seguro por la atención de emergencia o necesaria por razones médicas.
- B. El estado de cuenta incluirá la dirección del sitio web (www.cookchildrens.org/financial-assistance) que la persona puede consultar para obtener información sobre los importes que se facturan generalmente (AGB) por la atención brindada, y cómo se calculan los AGB.
- a. Cook Children's Medical Center utiliza el "método retroactivo" para calcular el AGB al dividir la suma de las reclamaciones de pagos por servicio de Medicare, de Medicaid y de las compañías de seguro privado por los cargos brutos relacionados con esas reclamaciones.
 - b. Las reclamaciones durante el año fiscal anterior (12 meses) se incluyen en el cálculo.
 - c. El AGB se calcula anualmente y se aplica en función de un año calendario.

- C. Si la persona realizó algún pago en exceso antes de que se determinara que es elegible para recibir asistencia financiera, ese pago, si es superior a \$5.00, se debe reembolsar.
- D. Al menos 30 días antes de iniciar una o más actividades de cobranza extraordinarias (ECA) para obtener el pago por la atención, CCMC notificará a los pacientes acerca de sus FAP al:
 - 1. Incluir un resumen de la FAP en lenguaje sencillo junto con un aviso de las ECA que el hospital planifica iniciar a fin de obtener el pago por la atención, además de una fecha límite después de la cual se podrían iniciar dichas ECA (la fecha límite no puede ser anterior a los 30 días posteriores a la fecha en que se proporciona el aviso por escrito).
 - 2. Realizar un esfuerzo razonable para notificar de forma oral a la persona sobre la FAP y la manera en que la persona puede obtener asistencia a través del proceso de solicitud de FAP.
- E. No se realizará ninguna gestión de cobro hasta que se hayan realizado esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de asistencia financiera a través de una solicitud de FAP completa, o en el caso de una solicitud de FAP incompleta, si la persona no responde al pedido de proporcionar información o documentación adicional en un plazo razonable.
- F. Los acuerdos con las agencias de cobranza deben establecer que no comenzarán las gestiones de cobro hasta que CCMC haya realizado los esfuerzos razonables que se indican en esta política para determinar si la persona es elegible para recibir asistencia financiera. Si se determina que la persona es elegible, la agencia de cobranza debe tomar todas las medidas disponibles de forma razonable a fin de reembolsar a la persona cualquier gestión de cobro (con la excepción de la venta de deuda) que se haya realizado para cobrar la deuda en cuestión.
- G. Las cuentas que las agencias de cobranza contratadas hayan evaluado la capacidad financiera para pagar, y que se determine que no pueden pagar los saldos de la cuenta, se considerarán elegibles para recibir asistencia financiera de forma automática. Las agencias de cobranza proporcionarán informes por separado para las cuentas devueltas a CCHCS que indicarán las cuentas en las que el garante no tiene la capacidad de pagar y aquellas en las que se haya determinado que el garante tiene la capacidad de pagar, pero se niega a hacerlo.
- H. Si CCMC no sabe si la persona es elegible, puede facturar a la persona sus cargos habituales, siempre que realice intentos oportunos para determinar la elegibilidad de la persona y reembolse los pagos en exceso superiores a \$5.00 si se determina la elegibilidad.

REQUISITOS DE INFORMES ANUALES:

La información sobre el importe de la asistencia financiera que brinda CCMC cada año fiscal se agrega y se informa en la Encuesta anual de hospitales (encuesta anual cooperativa) del Departamento de Salud de Texas en la Asociación Estadounidense de Hospitales (AHA)/Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS)/Asociación de Hospitales de Texas (THA). Se divide en dos secciones: la Encuesta anual de la Asociación Estadounidense de Hospitales y el suplemento de la Encuesta del Departamento de Salud de Texas.

REFERENCIAS

Reglamentaciones propuestas por el Departamento del Tesoro de Estados Unidos. *Consulte* [4830-01-p] DEPARTAMENTO DEL TESORO Servicio de Rentas Internas, 26 CFR Parte 1, [REG-130266-11], RIN 1545-BK57, Requisitos adicionales para hospitales benéficos, AGENCIA: Servicio de Rentas Internas (IRS), Tesoro, página 52, publicado el 26 de junio de 2012.

Política de CCHCS: Descuentos por pronto pago para personas sin seguro (FN 480)

Política de CCHCS: Inmigrantes indocumentados (AD 550)

Política de CCHCS: Asistencia financiera (FN 300)

Política de CCHCS: Admisiones (MC171)

Política de CCHCS: Servicios del Departamento de Emergencias y coordinación de la atención (MC 484)

Política de CCHCS: Traslado de pacientes y Exámenes médicos de detección de emergencia (MC011)

Política de CCHCS: Requisitos de cobro en el momento del servicio (FN 175)

MC 519: Asistencia financiera – Centro Médico

Anexo A

Proveedores no cubiertos por esta Política de asistencia financiera:

- Cualquier médico no empleado por la Red de Médicos de Cook Children's, que puede incluir:
 - Neumólogos para adultos
 - Alergistas/inmunólogos
 - Dentistas
 - Dermatólogos
 - Neonatólogos
 - Obstetras/ginecólogos
 - Oftalmólogos
 - Cirujanos orales y maxilofaciales
 - Ortodoncistas
 - Cirujanos ortopédicos
 - Otorrinolaringólogos
 - Cirujanos plásticos
 - Radiólogos
 - Cirujanos de trasplantes renales
 - Urólogos
- Servicios de traslado prestados por cualquier entidad que no sea Teddy Bear Transport de Cook Children's
- Servicios de laboratorio externos
- Equipos médicos duraderos

MC 519: Asistencia Financiera – Centro Medico

Anexo B

En Función de las Pautas Federales de Pobreza del 2/1/2019

Cantidad de personas que integran la familia	Pautas federales de pobreza	Indigente por razones financieras	Indigente por razones médicas	Indigente por razones médicas
	100%	400%	450%	500%
1	\$ 12,490	\$ 49,960	\$ 56,205	\$ 62,450
2	\$ 16,910	\$ 67,640	\$ 76,095	\$ 84,550
3	\$ 21,330	\$ 85,320	\$ 95,985	\$ 106,650
4	\$ 25,750	\$ 103,000	\$ 115,875	\$ 128,750
5	\$ 30,170	\$ 120,680	\$ 135,765	\$ 150,850
6	\$ 34,590	\$ 138,360	\$ 155,655	\$ 172,950
7	\$ 39,010	\$ 156,040	\$ 175,545	\$ 195,050
8	\$ 43,430	\$ 173,720	\$ 195,435	\$ 217,150
Descuento		100%	85%	70%

Elegibilidad por razones catastróficas:

Pacientes sin seguro o ingresos del paciente que excedan el 500% de las Pautas federales de pobreza (también se aplica a los indigentes por razones médicas).

El saldo pendiente debe ser equivalente o superior al 35% de los ingresos familiares anuales brutos del paciente.

Saldo pendiente	Descuento
El saldo pendiente es equivalente o superior al 90% de los ingresos anuales del paciente	90%
El saldo pendiente es equivalente o superior al 80% e inferior al 90% de los ingresos anuales del paciente	80%
El saldo pendiente es equivalente o superior al 70% e inferior al 80% de los ingresos anuales del paciente	70%
El saldo pendiente es equivalente o superior al 60% e inferior al 70% de los ingresos anuales del paciente	60%
El saldo pendiente es equivalente o superior al 50% e inferior al 60% de los ingresos anuales del paciente	55%

MC 519: Asistencia financiera – Centro Médico

Anexo C

FORMULARIO DE EVALUACIÓN FINANCIERA

NOMBRE DEL GARANTE: _____

TELÉFONO PARTICULAR: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

EMPLEADOR: _____ TELÉFONO LABORAL: _____

NOMBRE DEL CÓNYUGE: _____

EMPLEADOR: _____ TELÉFONO LABORAL: _____

DIRECCIÓN DEL GARANTE: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

DIVULGACIÓN: ANTES DE SOLICITAR LA ASISTENCIA FINANCIERA A COOK CHILDREN’S HEALTH CARE SYSTEM, DEBE PRESENTAR UN COMPROBANTE DE LA SOLICITUD O DENEGACIÓN DE MEDICAID, CSHCN, CHIP O CUALQUIER OTRO PROGRAMA ESTATAL PARA EL QUE SU HIJO PUDIERA SER ELEGIBLE O PROPORCIONAR LA DOCUMENTACIÓN DE LOS INGRESOS QUE INDIQUE QUE LA ELEGIBILIDAD NO ES POSIBLE. SI NO LO HACE, PODRÍA SER DESCALIFICADO DE FORMA AUTOMÁTICA.

Cook Children’s Health Care System puede requerir que un solicitante de asistencia financiera proporcione cualquier tipo de información que sea razonablemente necesaria a fin de respaldar la elegibilidad del solicitante. Si no lo hace en el plazo establecido en la Política de asistencia financiera de Cook Children’s, se le denegará la elegibilidad, y adeudará toda la factura que deberá pagar de inmediato. También comprendo que si envío información falsa, se denegará la solicitud y se revocará de forma retroactiva cualquier determinación de elegibilidad para servicios no remunerados, y yo seré responsable del pago de todos los cargos.

Certifico que la información incluida en la solicitud es verídica, correcta y está completa.

Comprendo que, si se deniega esta solicitud de asistencia financiera por cualquier motivo, seré completamente responsable de las obligaciones financieras que surjan a raíz de los servicios de atención médica prestados por Cook Children’s. Además, comprendo que si recibo asistencia parcial, seré completamente responsable del resto del saldo.

Firma

Fecha

PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR:

	APELLIDO	NOMBRE	RELACIÓN	EDAD	INGRESOS BRUTOS
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

CANTIDAD TOTAL DE PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR: _____

ADJUNTE UNA COPIA DE UNO DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS COMO
COMPROBANTE VERIFICABLE DE INGRESOS:

- W-2
- DECLARACIÓN IMPOSITIVA DEL AÑO ANTERIOR
- TALONES DE PAGO DE SUELDO
- TALONES DE PAGO DE JUBILACIÓN
- CARTAS DEL SEGURO SOCIAL O COMPROBANTES DE DEPÓSITO QUE DEMUESTREN EL IMPORTE DE LOS DEPÓSITOS DEL SEGURO SOCIAL
- TALONES DE PAGO DEL SEGURO DE DESEMPLEO
- TALONES DE PAGO DE OTROS PROGRAMAS DEL GOBIERNO
- CARTA DEL EMPLEADOR CON MEMBRETE DE LA EMPRESA QUE INDIQUE EL IMPORTE DE PAGO

INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS:

Ingreso mensual:

Salarios	\$ _____
Asistencia pública	\$ _____
Seguro Social	\$ _____
Indemnización por desempleo	\$ _____
Pensión alimenticia	\$ _____
Manutención	\$ _____
Pensión	\$ _____
Ingresos de alquileres, inmuebles	\$ _____
Dividendos, intereses	\$ _____
Otros ingresos (describa)	\$ _____

INGRESOS TOTALES: \$ _____