

Departamento/categoría: ADMINISTRACIÓN FINANCIERA	Página 1 de 25	Política n.º FIN 03.0012
Título: ASISTENCIA FINANCIERA	Revisión del: 1/9/2021	Fecha de entrada en vigencia: 6/2/2025
		Próxima revisión: 1/9/2026

ALCANCE: Se aplica a las entidades indicadas a continuación, así como a sus subsidiarias y afiliadas.

<input checked="" type="checkbox"/> NM – Northwestern Memorial Hospital	<input checked="" type="checkbox"/> NM – Lake Forest Hospital
<input checked="" type="checkbox"/> NM – Northwestern Medical Group - Academic Medical Center (AMC)	<input checked="" type="checkbox"/> NM – Central DuPage Hospital
<input checked="" type="checkbox"/> NM – Northwestern Medical Group - Northwestern Health Network (NHN)	<input checked="" type="checkbox"/> NM – Delnor Hospital
<input checked="" type="checkbox"/> NM – Regional Medical Group - Northwestern Health Network (NHN)	<input checked="" type="checkbox"/> NM – Valley West Hospital
<input checked="" type="checkbox"/> NM – Kishwaukee Hospital	<input checked="" type="checkbox"/> NM – Palos Community Hospital
<input checked="" type="checkbox"/> NM – Marianjoy Rehabilitation	<input type="checkbox"/> NM – System Functions / NMHC Employees
<input checked="" type="checkbox"/> NM – Huntley Hospital / <input checked="" type="checkbox"/> NM – McHenry Hospital / <input checked="" type="checkbox"/> NM – Woodstock Hospital	
Centros de cirugía ambulatoria (Independientes) <input type="checkbox"/> NM – Surgery Center River North <input type="checkbox"/> NM – Surgery Center Sycamore <input type="checkbox"/> NM – Surgery Center Warrenville <input type="checkbox"/> NM – Palos Health Surgery Center, LLC	<input type="checkbox"/> NM – Otros **Consulte la sección “Alcance/personas/áreas afectadas” a continuación**

I. PROPÓSITO:

Definir la política de Northwestern Memorial HealthCare en relación con la prestación de ASISTENCIA FINANCIERA a personas con recursos económicos insuficientes.

II. DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA:

- A. Northwestern Memorial HealthCare y sus AFILIADOS (denominados colectivamente en el presente documento como “NMHC”) se comprometen a satisfacer las necesidades de atención médica de los miembros de la comunidad de NMHC que no puedan pagar la atención MÉDICAMENTE NECESARIA recibida en los centros afiliados de NMHC, lo que incluye, entre otros, a quienes no tienen seguro médico, tienen un seguro insuficiente, no son elegibles para un programa gubernamental o no pueden realizar el pago por otro motivo. Al asignar y priorizar la ASISTENCIA FINANCIERA, se considerarán las diversas necesidades de la comunidad, la misión de NMHC como centro médico académico y sus protocolos financieros para la asignación de recursos, así como las leyes y regulaciones aplicables. No obstante, NMHC brindará —sin discriminación— atención para AFECCIONES MÉDICAS DE EMERGENCIA, independientemente de la elegibilidad de una persona para recibir ASISTENCIA FINANCIERA según esta política.
- B. La ASISTENCIA FINANCIERA está disponible a través de múltiples programas (denominados colectivamente “PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA” o el “PROGRAMA”), que incluyen los siguientes:
 1. [Atención gratuita y con descuento para pacientes asegurados](#) (Anexo B)
 2. [Atención gratuita y con descuento para pacientes no asegurados](#) (Anexo C)
 3. [Elegibilidad presuntiva](#) (Anexo D)
 4. Programas futuros aprobados por el vicepresidente de ciclo de ingresos, que se incluirán como anexos.

III. ALCANCE/PERSONAS/ÁREAS AFECTADAS:

Esta política se aplica a todos los niveles de la administración y el personal de NMHC en las entidades enumeradas en el *Anexo A-2*, que participan en la asignación y priorización de recursos para satisfacer las necesidades de la comunidad. Esta política no se aplica a los médicos que forman parte del personal de un AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC pero que, de otro modo, no están empleados ni contratados por un AFILIADO MÉDICO DE NMHC. Esta política se aplica a cada AFILIADO como entidad independiente y, a menos que se disponga algo diferente en el presente documento, cada AFILIADO deberá cumplir por separado los requisitos de esta política. El Departamento de Asesoría Financiera mantendrá por separado una lista de los proveedores de atención médica que prestan atención de emergencia u otra atención MÉDICAMENTE NECESARIA en cada AFILIADO, donde se indicará si dichos proveedores están cubiertos por esta política; se incorporará por referencia al presente documento como *Anexo G*.

IV. DEFINICIONES:

Los términos en mayúsculas que no se definen en este documento se definen en el [Anexo A](#).

V. RESPONSABILIDADES:

- A. El Departamento de Asesoría Financiera de NMHC es responsable de ayudar a los SOLICITANTES de ASISTENCIA FINANCIERA antes de su tratamiento o durante el mismo.
- B. Las áreas de NMHC que gestionan consultas de facturación, atención al cliente y seguimiento de pagos a cargo del paciente asistirán a los SOLICITANTES después de que se les presten los servicios.
- C. La División de Ciclo de Ingresos —que incluye el departamento y las áreas mencionados en las secciones IV.A. y IV.B. anteriores— es responsable de la aprobación de las SOLICITUDES de ASISTENCIA FINANCIERA y de obtener toda la documentación de respaldo.
- D. La División de Ciclo de Ingresos es responsable de desarrollar la base para calcular los importes que se cobran a los PACIENTES y de explicar estos cálculos cuando se solicite.

VI. NOTIFICACIÓN:

Con el fin de que los PACIENTES, los GARANTES, las familias y la comunidad en general conozcan el PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA de NMHC, los AFILIADOS HOSPITALARIOS DE NMHC tomarán las medidas necesarias para notificar esta política a los visitantes de sus instalaciones y para difundirla ampliamente. Las medidas específicas de notificación deberán ajustarse a la legislación aplicable y se detallarán en el [Anexo E](#).

VII. DETERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD:

- A. Cuándo se determina la elegibilidad: La determinación de la elegibilidad de un SOLICITANTE para recibir ASISTENCIA FINANCIERA debe realizarse lo antes posible. En los casos en que el PACIENTE busque servicios que no sean SERVICIOS DE EMERGENCIA, la determinación se realizará antes de programar o prestar los servicios, siempre que sea posible.
- B. Requisitos de la solicitud: A menos que la elegibilidad se haya determinado previamente o que esta política disponga algo diferente, el PACIENTE o el GARANTE deben completar una SOLICITUD de ASISTENCIA FINANCIERA y proporcionar la documentación de respaldo que, de conformidad con la ley, proporcione información sobre la situación financiera del SOLICITANTE (incluyendo, según corresponda, información sobre su familia) y otra información necesaria para determinar la elegibilidad para la ASISTENCIA FINANCIERA. Los plazos para la presentación de la SOLICITUD y otros plazos relacionados con la misma se ajustarán a la legislación aplicable y se detallarán en el [Anexo F](#). La SOLICITUD deberá estar disponible en un formulario proporcionado por NMHC y deberá cumplir con las disposiciones de la Ley de Descuento para Pacientes Sin Seguro Médico de los Hospitales de Illinois y otras leyes aplicables. Salvo que se disponga algo diferente en el presente documento o en sus anexos, solo se aceptarán SOLICITUDES de personas que hayan tenido una relación con NMHC durante los últimos 12 meses o que tengan una cita o ingreso programado próximamente. Los PACIENTES deberán completar una (1) SOLICITUD, que será reconocida por todos los AFILIADOS de NMHC.

C. Duración de la aprobación:

1. Una vez aprobada una solicitud, NMHC proporcionará ASISTENCIA FINANCIERA hasta que se puedan obtener fuentes de pago alternativas. Se espera que los SOLICITANTES cooperen solicitando y obteniendo fuentes de pago alternativas cuando corresponda. En consecuencia, las determinaciones de elegibilidad serán válidas hasta el inicio del siguiente período de inscripción en el que el SOLICITANTE pueda obtener cobertura de un seguro. No obstante lo anterior, se aplican las siguientes limitaciones:
 - a. La ASISTENCIA FINANCIERA para SERVICIOS DE EMERGENCIA podría limitarse solo a estos servicios y a cualquier atención de estabilización relacionada con ellos.
 - b. La ASISTENCIA FINANCIERA para servicios de AFILIADOS HOSPITALARIOS DE NMHC podrá aprobarse de forma esporádica; esta aprobación podría estar sujeta a requisitos adicionales del programa y los procedimientos de selección establecidos en la sección IX.
 - c. Las determinaciones de elegibilidad no podrán extenderse por más de 12 meses.
 2. Los SOLICITANTES deberán informar de inmediato a NMHC sobre cualquier cambio en su situación financiera que pueda afectar su elegibilidad durante un período aprobado previamente. Si un SOLICITANTE no notifica a NMHC dentro de los 30 días posteriores al cambio en su situación financiera, esto podría afectar su capacidad para continuar recibiendo ATENCIÓN GRATUITA o ATENCIÓN CON DESCUENTO, o para calificar para ASISTENCIA FINANCIERA en el futuro.
 3. El Comité de Política de Asistencia Financiera de NMHC determinará el período de validez de una determinación de elegibilidad basada en métodos alternativos de calificación (consulte la sección VII.D a continuación); sin embargo, dicho período no excederá los doce (12) meses.
 4. Si la elegibilidad de un PACIENTE finaliza mientras hay un tratamiento en curso y el proveedor tratante confirma que realizar una transición de la atención puede ser perjudicial para el PACIENTE, el PACIENTE o el proveedor tratante podrán solicitar una excepción, que será evaluada por el COMITÉ DE ATENCIÓN GRATUITA, sujeta a la aprobación del director médico de NMHC o su persona designada, y del vicepresidente de ciclo de ingresos, de conformidad con la sección XV de esta política.
- D. Métodos alternativos de calificación:** NMHC (o su agente), a su entera discreción, podrá evaluar la elegibilidad de un PACIENTE o un GARANTE para la ASISTENCIA FINANCIERA por otros medios que no sea una SOLICITUD completada. En tales casos, las determinaciones de elegibilidad podrán incluir el uso de información proporcionada por agencias de informes crediticios, registros públicos u otros medios objetivos y razonablemente precisos para evaluar la elegibilidad de un PACIENTE o un GARANTE para el PROGRAMA.
- E. Ocultamiento de información:** Si en algún momento del proceso de revisión se evidencia que el SOLICITANTE ha ocultado intencionalmente información relevante o ha proporcionado información falsa o inexacta, según lo demuestra la información obtenida a través de agencias de informes crediticios u otras fuentes disponibles, y el SOLICITANTE no puede resolver las discrepancias a satisfacción de NMHC, el SOLICITANTE podrá ser descalificado para la ASISTENCIA FINANCIERA, lo que resultará en la reanudación de las gestiones rutinarias de cobro, hasta que se resuelvan dichas discrepancias. No obstante, NMHC no denegará ASISTENCIA FINANCIERA basándose en información que pueda creerse que es poco fiable o incorrecta, o en información obtenida del SOLICITANTE bajo coacción o mediante prácticas coercitivas (como retrasar o denegar la atención de AFECCIONES MÉDICAS DE EMERGENCIA a una persona hasta que proporcione la información solicitada).

VIII. SERVICIOS QUE CALIFICAN:

- A. Los AFILIADOS HOSPITALARIOS DE NMHC brindarán ASISTENCIA FINANCIERA únicamente para servicios MÉDICAMENTE NECESARIOS para los cuales el SOLICITANTE cumpla con los criterios del programa clínico y de los cuales sea de otro modo financieramente responsable.
- B. La ASISTENCIA FINANCIERA para trasplantes y servicios relacionados con trasplantes se determinará mediante un proceso independiente y podría estar incluido como un anexo a esta política.
- C. Ninguna disposición de esta política exige que NMHC brinde servicios que no se prestan rutinariamente a los PACIENTES.

IX. OTROS REQUISITOS DEL PROGRAMA Y PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN:

- A. La ASISTENCIA FINANCIERA para ciertos procedimientos puede estar sujeta a requisitos adicionales del programa o a procedimientos de selección. Los requisitos de selección adicionales se comunicarán a los PACIENTES y los médicos. A modo de ejemplo, dichos requisitos y procedimientos de selección pueden incluir, entre otros, lo siguiente:
1. Reevaluar la situación financiera actual del PACIENTE para garantizar que continúa siendo elegible para la ASISTENCIA FINANCIERA, lo que incluye evaluar la disponibilidad de cobertura de un seguro.
 2. Garantizar acuerdos de pago de importes pendientes adeudados por el PACIENTE o establecer un plan de pago.
 3. Evaluar los procedimientos seleccionados para garantizar que se hayan agotado otros métodos de tratamiento o, si se han intentado previamente, la probabilidad de éxito, o que se disponga de los recursos necesarios para la atención posterior.
 4. Obtener servicios de un nivel o un tipo de proveedor adecuado.

X. AGOTAMIENTO DE FUENTES DE TERCEROS:

- A. La ASISTENCIA FINANCIERA solo se aplicará a los saldos de pagos a cargo del paciente, una vez que se hayan agotado razonablemente todos los beneficios o recursos de terceros, lo que incluye, entre otros, los beneficios de aseguradoras (p. ej., salud, hogar, responsabilidad civil de automóviles, compensación laboral o cuentas de reembolso de gastos médicos financiadas por el empleador), programas gubernamentales (p. ej., Medicare, Medicaid u otros programas federales, estatales o locales), o los ingresos provenientes de litigios, acuerdos o iniciativas privadas de recaudación de fondos (colectivamente, “FUENTES DE FINANCIAMIENTO DE TERCEROS”). Siempre que sea posible, los PACIENTES que reciben ASISTENCIA FINANCIERA y requieren atención MÉDICAMENTE NECESARIA (exceptuando los SERVICIOS DE EMERGENCIA) deben ser evaluados para determinar su elegibilidad para Medicaid, el mercado de seguros de salud u otros programas de pago disponibles y, de ser elegibles, el PACIENTE debe cooperar plenamente con los requisitos de inscripción antes de programar el procedimiento o antes de que se le presten los servicios. Los PACIENTES elegibles que no se inscriban o se nieguen a inscribirse en Medicaid, el mercado de seguros de salud u otros programas de pago disponibles podrían no ser elegibles para recibir ASISTENCIA FINANCIERA. Se debe notificar por escrito a los PACIENTES al menos una (1) vez sobre la necesidad de que se inscriban en Medicaid, el mercado de seguros de salud u otros programas de pago disponibles, ya que no hacerlo puede poner en riesgo su elegibilidad para recibir ASISTENCIA FINANCIERA. Se deberán documentar los esfuerzos realizados, si los hubiera, para ayudar al solicitante a inscribirse en Medicaid, el mercado de seguros de salud u otros programas de pago disponibles.
- B. Si un PACIENTE busca atención que no es parte de los SERVICIOS DE EMERGENCIA y tiene cobertura de una HMO o una PPO, y NMHC no es un proveedor dentro de la red, se le indicará que solicite la atención a sus proveedores participantes y no será elegible para ASISTENCIA FINANCIERA. La ASISTENCIA FINANCIERA no está disponible para cubrir costos fuera de la red.

XI. LIMITACIÓN DE LOS CARGOS:

Los descuentos pueden variar entre los distintos PROGRAMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA. El cálculo de los descuentos se detallará en los anexos correspondientes de esta política. Sin embargo, en todos los PROGRAMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA, los importes cobrados por parte de los AFILIADOS HOSPITALARIOS DE NMHC por la atención de AFECCIONES MÉDICAS DE EMERGENCIA u otra atención MÉDICAMENTE NECESARIA brindada a personas elegibles para el PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA con ingresos familiares anuales menores o iguales al 600% del nivel federal de pobreza aplicable no deberán superar a los importes generalmente facturados a las personas que cuentan con un seguro que cubre dicha atención (“DESCUENTO DE IMPORTES GENERALMENTE FACTURADOS”).

XII. ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:

- A. De conformidad con la política de NMHC sobre el cumplimiento de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo, los AFILIADOS HOSPITALARIOS DE NMHC brindarán, sin discriminación, atención de AFECCIONES MÉDICAS DE EMERGENCIA, independientemente de si la persona puede pagarla o si es elegible para recibir ASISTENCIA FINANCIERA.
- B. Los AFILIADOS HOSPITALARIOS DE NMHC no realizarán acciones que desalienten a las personas a buscar atención de AFECCIONES MÉDICAS DE EMERGENCIA, lo que puede incluir, entre otras, las siguientes:
 1. Exigir el pago a los PACIENTES que acuden al Departamento de Emergencias antes de que reciban una evaluación médica o tratamiento de una AFECCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA.
 2. Permitir actividades de cobro de deudas en el Departamento de Emergencias o en otras áreas de un AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC, cuando dichas actividades puedan interferir con la prestación, sin discriminación, de atención para una AFECCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA.

XIII. REEMBOLSOS:

La SOLICITUD de ASISTENCIA FINANCIERA se aplicará a todos los saldos pendientes. Los reembolsos serán revisados por el COMITÉ DE ATENCIÓN GRATUITA de NMHC y se proporcionarán según lo exigido por la ley.

XIV. COORDINACIÓN DE LAS DETERMINACIONES DE LOS AFILIADOS:

Los AFILIADOS de NMHC deberán coordinar sus esfuerzos para determinar conjuntamente la elegibilidad.

XV. EXCEPCIONES Y APELACIONES:

Los médicos o profesionales clínicos de NMHC pueden solicitar ASISTENCIA FINANCIERA en nombre de un PACIENTE; sin embargo, es el PACIENTE quien debe proporcionar la información y la documentación necesarias para respaldar este pedido. Si el médico o el PACIENTE no está de acuerdo con la determinación de elegibilidad o de acceso al programa, o desea solicitar una excepción a esta política, deberá presentar una apelación o un pedido de excepción ante el COMITÉ DE ATENCIÓN GRATUITA para su evaluación, sujeta a la aprobación del vicepresidente de Ciclo de Ingresos. Esta determinación será definitiva y vinculante hasta que el PACIENTE o el médico proporcione información nueva o adicional significativa que demuestre que cumple los requisitos para recibir la asistencia (p. ej., cambio en los ingresos, pérdida del empleo y otras circunstancias que modifiquen sustancialmente la revisión previa).

XVI. ACCIONES POR IMPAGO:

En la Política de Crédito y Cobranzas de NMHC, se describen las acciones que se pueden tomar ante el impago de los importes adeudados. El público general puede obtener una copia gratuita de la Política de Crédito y Cobranzas de NMHC poniéndose en contacto con el Departamento de Asesoría Financiera.

XVII. APLICABILIDAD SOBRE PROGRAMAS EXISTENTES:

La ASISTENCIA FINANCIERA otorgada a pacientes antes de la fecha de entrada en vigor de esta política no se reducirá hasta que finalice el período indicado en la adjudicación. Al vencimiento de dicha ASISTENCIA FINANCIERA, se aplicará esta política.

XVIII. CRONOGRAMA DE ACTUALIZACIÓN DE LA POLÍTICA:

Esta política se revisa o actualiza cada cinco (5) años o con mayor frecuencia, si es necesario.

XIX. REPORTES:

NMHC reportará toda la información requerida sobre el PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA a las agencias gubernamentales correspondientes.

XX. MONITOREO Y ACTUALIZACIONES NO SUSTANTIVAS:

- A. El Comité de Política de Asistencia Financiera será responsable de realizar un monitoreo continuo de esta política. Revisará las prácticas aquí descritas, para garantizar lo siguiente:
 1. Si existen controles para evaluar la elegibilidad de los PACIENTES.
 2. Si se realiza un seguimiento y se mantiene información sobre los PACIENTES que son elegibles o que ya reciben ASISTENCIA FINANCIERA.
 3. Si se comunica la existencia de ASISTENCIA FINANCIERA a la comunidad y a los PACIENTES.
 4. Si existen medidas implementadas para no disuadir a los miembros de la comunidad de buscar atención médica para AFECCIONES MÉDICAS DE EMERGENCIA.
 5. Se adoptan las acciones de cobro correspondientes respecto de los PACIENTES que reciben ASISTENCIA FINANCIERA.
- B. El vicepresidente de ciclo de ingresos podrá realizar actualizaciones no sustantivas a esta política (p. ej., para reflejar las guías federales de pobreza actualizadas, cambios de domicilio, etc.).

XXI. REFERENCIAS:

- A. Ley de Descuento para Pacientes Sin Seguro Médico de los Hospitales de Illinois - Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act [210 ILCS 89/]
- B. Ley de Facturación Justa al Paciente de Illinois - Illinois Fair Patient Billing Act [210 ILCS 88/]
- C. Sección 501(r) del Código de Rentas Internas - Internal Revenue Code Section 501(r)
- D. Ley del Seguro Social - Social Security Act [42 U.S.C. 1395dd]

XXII. ANEXOS:

- A. [Anexo A: Definiciones](#)
 - 1. [Anexo A-1: Guías federales de pobreza](#)
 - 2. [ANEXO A-2: AFILIADOS DE NMHC](#)
- B. [Anexo B: Atención gratuita y con descuento para pacientes asegurados](#)
- C. [Anexo C: Atención gratuita y con descuento para pacientes no asegurados](#)
- D. [Anexo D: Elegibilidad presuntiva](#)
- E. [ANEXO E: NOTIFICACIÓN GENERAL DE LOS AFILIADOS HOSPITALARIOS DE NMHC](#)
- F. [ANEXO F: PLAZOS APLICABLES Y REQUISITOS DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL A PACIENTES PARA LOS AFILIADOS HOSPITALARIOS DE NMHC](#)
- G. [Anexo G: Listas de proveedores](#)
- H. [Anexo H: Asistencia financiera para análisis de laboratorio](#)

XXIII. APROBACIÓN:

Responsable: Andrew Scianimanico
Vicepresidente, director ejecutivo del ciclo de ingresos

Revisores: Miembros del Comité de Finanzas
Miembros del Comité de Revisión Fiscal y Regulatoria
Miembros del Comité de Política de Asistencia Financiera
Vicepresidente de finanzas
Vicepresidente senior de administración
Oficina de Cumplimiento e Integridad Corporativa
Oficina del Asesor General

Comités: Ninguno

Aprobador: John Orsini
Vicepresidente ejecutivo y CFO
Northwestern Memorial HealthCare
Aprobación electrónica: 20/8/2021

XXIV. HISTORIAL DE REVISIONES:

Redactado: 1/5/2011 (política local de NMH retirada).

Revisado/modificado: 29/12/2014 (política vigente a partir del 1/2/2016, reemplazo de NMHC 03.0012 v1.0 – 1/6/2011: Atención gratuita y con descuento); 17/8/2016 (política vigente a partir del 1/9/2016: se actualizó el alcance para incluir NM-CDH, NM-Delnor y NM-RMG; sin otras actualizaciones del contenido); 1/9/2018 (matriz de alcance actualizada: se aplica a Marianjoy Rehabilitation y Marianjoy Medical Group a partir del 1/9/2018); 11/8/2020 (el Comité de Revisión Fiscal y Regulatoria de NMHC aprobó la incorporación de los hospitales de NW Region (Huntley, McHenry y Woodstock) a la política de asistencia financiera de NMHC, en vigor a partir del 1 de septiembre de 2020); 1/9/2021, 17/7/2023.

ANEXO A: DEFINICIONES

Afiliados: Son aquellas entidades controladas por NMHC, o que controlan o están bajo control común con NMHC. Los afiliados de NMHC a los que se aplica esta política se enumeran en el [Anexo A-2](#). A los efectos de esta política, el término “afiliados” no incluye a los afiliados de NMHC a los que se aplican restricciones legales o de otro tipo para adoptar esta política.

Importes generalmente facturados/descuento por importes generalmente facturados: Se refiere a que el descuento requerido para garantizar que los cargos por la atención de AFECCIONES MÉDICAS DE EMERGENCIA u otra atención MÉDICAMENTE NECESARIA proporcionada por un AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC durante una consulta ambulatoria o una hospitalización a personas elegibles para recibir asistencia bajo esta política, no debe superar los importes generalmente facturados a personas que tienen Medicare o un seguro comercial que cubra dicha atención (los “importes generalmente facturados”). El cálculo del descuento por importes generalmente facturados se realizará de acuerdo con la ley, con base en el método retrospectivo. Cada AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC calculará su propio descuento por importes generalmente facturados. Es posible obtener una explicación por escrito del método que se utiliza en cada AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC contactando al Departamento de Asesoría Financiera de NMHC. Los AFILIADOS MÉDICOS aplicarán el descuento sobre importes generalmente facturados aplicable a NMH.

Solicitante: Un solicitante es una persona que presenta una SOLICITUD de ASISTENCIA FINANCIERA, lo que incluye al PACIENTE o a su GARANTE.

Solicitud: Se refiere a la solicitud de ASISTENCIA FINANCIERA.

Período de solicitud: Es el período durante el cual un AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC debe aceptar y procesar una SOLICITUD presentada, para que se considere que se han realizado esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para ASISTENCIA FINANCIERA. Con respecto a cualquier atención médica brindada por un AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC a una persona, el PERÍODO DE SOLICITUD comienza en la fecha en que se brinda la atención y finaliza el día 240 después de la fecha en que el AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC entrega (ya sea por correo postal, medios electrónicos o en mano) a dicha persona el primer estado de cuenta posterior al alta correspondiente a esa atención.

Cargos facturados: Se refiere a las tarifas por servicios de acuerdo con la tabla de cargos del AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC que esté vigente al momento del servicio y que el AFILIADO HOSPITALARIO cobra a los pacientes de manera consistente y uniforme antes de aplicar cualquier bonificación, descuento o deducción contractual.

Descuento del costo de atención: Este descuento equivale al importe calculado al multiplicar la relación costo-cargo total del informe de costos de Medicare de cada AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC por los cargos de cuentas identificadas como elegibles para ASISTENCIA FINANCIERA. No obstante lo anterior, NMHC podrá, por conveniencia administrativa, establecer un único descuento del costo de atención que resulte más favorable para el PACIENTE. El descuento del costo de atención será igual o superior al DESCUENTO POR IMPORTES GENERALMENTE FACTURADOS.

Atención con descuento: Se refiere a la atención brindada a un precio inferior al de los IMPORTES FACTURADOS, exceptuando la ATENCIÓN GRATUITA. Los descuentos incluyen el DESCUENTO DEL COSTO DE ATENCIÓN y el DESCUENTO POR IMPORTES GENERALMENTE FACTURADOS.

Afección médica de emergencia: El término “afección médica de emergencia” se define en la sección 1867 de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. 1395dd).

Servicios de emergencia: Los servicios de emergencia incluyen los servicios recibidos a través del Departamento de Emergencias para tratar AFECCIONES MÉDICAS DE EMERGENCIA, los servicios clasificados como *Never-Say-No* u otros servicios que sean identificados periódicamente por el vicepresidente de Ciclo de Ingresos y establecidos en un anexo de esta política.

Acciones de cobro extraordinarias (ECA, por sus siglas en inglés): Se refiere a las acciones que un AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC puede emprender hacia una persona para obtener el pago de una factura por atención médica cubierta por el PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA. Las ECA se definen con más detalle en la “Política Financiera de NMHC: Créditos y cobros”, y pueden incluir, a modo de ejemplo, exigir el pago de atención prestada previamente o imponer un gravamen sobre los bienes de la persona.

Tamaño de la familia: Se refiere al número de personas que figuran en la sección “Estado civil” para efectos de la declaración de impuestos más reciente del SOLICITANTE. Si no se dispone de una declaración de impuestos, el tamaño de la familia será el número de personas que residen en el hogar del SOLICITANTE. Si el SOLICITANTE figura como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona, el tamaño de la familia debe incluir a los miembros del hogar del titular de dicha declaración.

Guías federales de pobreza: Las guías federales de pobreza son actualizadas periódicamente en el Registro Federal por parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, de conformidad con 42 USC 9902(2). Las guías —adjuntas como Anexo A-1— se ajustarán anualmente dentro de los treinta (30) días siguientes a la publicación de las nuevas guías federales de pobreza en el Registro Federal y en el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Asistencia financiera: Importes atribuibles a servicios de ATENCIÓN GRATUITA o ATENCIÓN CON DESCUENTO, proporcionados a PACIENTES que cumplen con los criterios de NMHC para recibir asistencia financiera bajo diversos programas (colectivamente, el “PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA” o el “PROGRAMA”) y que no pueden pagar la totalidad o una parte de sus servicios de atención médica. La asistencia financiera no incluye deudas incobrables ni cargos no recuperables que se hayan registrado como ingresos pero se hayan dado de baja debido al incumplimiento de pago por parte del PACIENTE; la diferencia entre el costo de la atención brindada bajo Medicaid u otros programas gubernamentales basados en evaluación de recursos, o bajo Medicare, y los ingresos obtenidos de dichos programas; ni los ajustes contractuales con cualquier tercero pagador.

Comité de Atención Gratuita: Es el comité encargado de abordar las cuestiones relativas a la aplicación de esta política a situaciones específicas del PACIENTE. El Comité de Atención Gratuita revisará las apelaciones y excepciones a la política.

Atención gratuita: Descuento del cien por ciento (100%) en los CARGOS FACTURADOS.

Comité de Política de Asistencia Financiera: Es un comité conformado por representantes de NMHC y sus AFILIADOS, encargado de realizar recomendaciones con respecto a esta política y de garantizar la coordinación operativa entre AFILIADOS para su implementación. El Comité de Asistencia Financiera incluirá representantes de operaciones, de la Oficina del Asesor General, del Departamento de Auditorías Internas, de la Oficina de Cumplimiento e Integridad Corporativa y de Asuntos Externos. El Comité de Asistencia Financiera informará de sus actividades al Comité de Revisión Fiscal y Regulatoria.

Garante: Es la persona financieramente responsable de los servicios prestados a un PACIENTE.

Ingresos del hogar: Son los ingresos atribuibles al hogar del SOLICITANTE según las definiciones de la Oficina del Censo de EE. UU. Los ingresos del hogar incluyen todas las ganancias antes de impuestos, compensaciones por desempleo, compensaciones laborales, pagos del Seguro Social, pagos de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), pagos de asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, ingresos por pensiones o jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos por herencia, fideicomisos, asistencia educativa, pensiones alimenticias, asistencia de fuentes externas al hogar y otras fuentes. Los beneficios no monetarios (como el programa SNAP y los subsidios a la vivienda) no se consideran ingresos del hogar. Más específicamente, los ingresos del hogar equivalen a los ingresos brutos que figuran en la declaración de impuestos más reciente del SOLICITANTE, ajustados para restar los pagos de manutención infantil y sumar los importes de intereses exentos de impuestos; pagos de pensiones y anualidades no tributables, distribuciones de cuentas individuales de jubilación (IRA) y del Seguro Social; y otros ingresos no incluidos en los ingresos brutos ajustados, pero disponibles para el SOLICITANTE. Sin embargo, si el SOLICITANTE indica que los ingresos brutos ajustados que figuran en su declaración de impuestos más reciente no son exactos (p. ej., el SOLICITANTE ya no trabaja o recibe un salario diferente), los ingresos del hogar se calcularán en función de la documentación alternativa disponible (p. ej., talones de pago, declaraciones de desempleo, etc.), y se ajustarán nuevamente para eliminar los pagos de manutención infantil e incluir intereses exentos de impuestos; pagos de pensiones y anualidades no tributables, distribuciones de cuentas IRA y del Seguro Social; y otros ingresos disponibles para el SOLICITANTE. Los ingresos del hogar incluyen los ingresos de todos los miembros del hogar.

Residente de Illinois: Un residente de Illinois es un PACIENTE que vive en Illinois, con la intención de permanecer allí indefinidamente. Reubicarse en Illinois con el único propósito de recibir beneficios de atención médica no cumple con el requisito de residencia según la Ley de Descuento para Pacientes Sin Seguro Médico de los Hospitales de Illinois (HUPDA, por sus siglas en inglés). La ley HUPDA exige que el PACIENTE NO ASEGURADO sea residente de Illinois, pero no que resida legalmente en Estados Unidos. Se

puede exigir a los PACIENTES que presenten pruebas de su residencia en Illinois según lo dispuesto en la ley HUPDA. Reubicarse en Illinois con el único propósito de recibir beneficios de atención médica no cumple con el requisito de residencia según esta definición.

Paciente asegurado: Es un PACIENTE que está cubierto por una póliza de seguro médico o que es beneficiario de un seguro médico público o privado, de un beneficio médico u otro programa de cobertura médica, lo que incluye planes de seguro médico con deducible alto, compensación laboral, seguro de responsabilidad civil por accidentes u otro tipo de seguro de responsabilidad civil ante terceros.

Médicamente necesario: Se refiere a cualquier servicio de atención médica, ya sea para pacientes hospitalizados o ambulatorios, incluyendo productos farmacéuticos o suministros, que esté cubierto por el Título XVIII de la Ley del Seguro Social —de alcance federal— para beneficiarios con el mismo cuadro clínico que el PACIENTE. Los servicios “médicamente necesarios” no incluyen los siguientes: (1) servicios no médicos, como servicios sociales y vocacionales; o (2) cirugía estética electiva, sin incluir cirugía plástica destinada a corregir desfiguraciones causadas por lesiones, enfermedades o defectos o deformidades congénitas.

Never-Say-No: Son servicios que cumplen con los criterios de la disposición Never-Say-No (Nunca decir no) de NMHC, con sus modificaciones periódicas.

Afiliados hospitalarios de NMHC: Afiliados de NMHC que cuentan con una licencia como hospital. Los afiliados hospitalarios de NMHC a los que se aplica esta política se enumeran en el Anexo A-2.

Afiliados médicos de NMHC: Afiliados de NMHC que brindan atención clínica en un entorno ambulatorio. Los afiliados médicos de NMHC a los que se aplica esta política se enumeran en el Anexo A-2.

No residente: Se refiere a un PACIENTE que no es un RESIDENTE DE ILLINOIS.

Paciente: La persona que recibe los servicios.

Resumen en lenguaje sencillo: Se trata de una declaración escrita clara, concisa y fácil de entender, destinada a notificar a una persona que un AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC ofrece ASISTENCIA FINANCIERA, y en la que se proporciona la siguiente información: (i) una breve descripción de los requisitos de elegibilidad y la asistencia ofrecida bajo esta política; (ii) un breve resumen de cómo solicitar asistencia según esta política; (iii) una lista de direcciones web (o URL) y ubicaciones físicas (incluyendo números de habitación) donde se puede obtener una copia de esta política y las SOLICITUDES DE ASISTENCIA FINANCIERA; (iv) instrucciones sobre cómo obtener una copia gratuita de la política y la solicitud por correo postal; (v) información de contacto (incluyendo números de teléfono y ubicación física, si corresponde) de las oficinas o departamentos que pueden brindar asistencia con el proceso de solicitud; (vi) disponibilidad de traducciones; y (vii) una declaración de que no se cobrarán IMPORTES GENERALMENTE FACTURADOS a ningún PACIENTE elegible para ASISTENCIA FINANCIERA.

Servicios con paquete de tarifas a cargo del paciente: Consiste en ofrecer varios servicios juntos por un precio único, con un descuento que resulta en un precio menor que la suma de todos los servicios individuales que componen el paquete.

Paciente no asegurado: Es un PACIENTE que no está cubierto por una póliza de seguro médico o que no es beneficiario de un seguro médico público o privado, de un beneficio médico u otro programa de cobertura médica, lo que incluye planes de seguro médico con deducible alto, compensación laboral, seguro de responsabilidad civil por accidentes u otro tipo de seguro de responsabilidad civil ante terceros.

ANEXO A:
Definiciones

Andrew Scianimanico
Vicepresidente, director ejecutivo del ciclo de ingresos

Fecha de entrada en vigencia: 1/9/2021

HISTORIAL DE REVISIONES:

Redactado: 3/3/2015

Revisado/actualizado: 29/12/2017, 1/9/2021

ANEXO A-1: GUÍAS FEDERALES DE POBREZA**Guías federales de pobreza 2025**

Tamaño de la familia	Nivel federal de pobreza (FPL)	Hasta el 138% del FPL	Hasta el 250% del FPL	Hasta el 400% del FPL	Hasta el 600% del FPL
1	\$15,650	\$21,597	\$39,125	\$62,600	\$93,900
2	\$21,150	\$29,187	\$52,875	\$84,600	\$126,900
3	\$26,650	\$36,777	\$66,625	\$106,600	\$159,900
4	\$32,150	\$44,367	\$80,375	\$128,600	\$192,900
5	\$37,650	\$51,957	\$94,125	\$150,600	\$225,900
6	\$43,150	\$59,547	\$107,875	\$172,600	\$258,900
7	\$48,650	\$67,137	\$121,625	\$194,600	\$291,900
8	\$54,150	\$74,727	\$135,375	\$216,600	\$324,900
+1	\$5,500	\$7,590	\$13,750	\$22,000	\$33,000

REFERENCIAS:

42 USC 9902(2)

ANEXO A-1:
Guías federales de pobreza

Propietario Andrew Scianimanico
Título: Vicepresidente
 Director ejecutivo del ciclo de ingresos

Fecha de entrada en vigencia: 6/2/2025

APROBACIÓN

Marilyn Papson
 Gerente del Programa de Contabilidad
 del Paciente
 SBO Pagos a cargo del paciente
 Fecha de la aprobación: 29/1/2025

HISTORIAL DE REVISIONES:

Redactado: 3/3/2015

Revisado/actualizado: 24/4/2017, 2/2018, 23/1/2019, 28/1/2020, 9/2/2021, 1/9/2021, 7/7/2023, 17/1/2024, 6/2/2025

ANEXO A-2: AFILIADOS DE NMHC**A. Afiliados hospitalarios**

1. Northwestern Memorial Hospital
2. Northwestern Medicine Lake Forest Hospital
3. Northwestern Medicine Central DuPage Hospital
4. Northwestern Medicine Delnor Hospital
5. Kishwaukee Hospital
6. Valley West Hospital
7. Northwestern Medicine - Ben Gordon Center
8. Marianjoy Rehabilitation
9. NM Huntley, NM McHenry y NM Woodstock Hospitals
10. Palos Community Hospital

B. Afiliados médicos

1. Northwestern Medical Group
2. Northwestern Medicine Regional Medical Group
3. Kishwaukee Physician Group
4. Marianjoy Medical Group

ANEXO A-2:
Afiliados de NMHC

Andrew Scianimanico
Vicepresidente, director ejecutivo del ciclo de ingresos

Fecha de entrada en vigencia: 1/10/2022

HISTORIAL DE REVISIONES:

Redactado: 3/3/2015

Revisado/actualizado: 12/7/2016, 29/12/2017, 1/9/2018, 29/1/2019, 25/9/2020, 1/9/2021, 7/7/2023

ANEXO B: ATENCIÓN GRATUITA Y CON DESCUENTO PARA PACIENTES ASEGURADOS**I. ATENCIÓN GRATUITA Y CON DESCUENTO**

NMHC proporciona ATENCIÓN GRATUITA y ATENCIÓN CON DESCUENTO a PACIENTES ASEGURADOS, según lo dispuesto en este *Anexo B*.

II. SERVICIOS

- A. Exceptuando lo dispuesto en la Sección II.B de este Anexo, la ATENCIÓN GRATUITA y la ATENCIÓN CON DESCUENTO para PACIENTES ASEGURADOS estará disponible para todos los servicios MÉDICAMENTE NECESARIOS.
- B. La ATENCIÓN GRATUITA y la ATENCIÓN CON DESCUENTO para PACIENTES ASEGURADOS no estará disponible para los siguientes servicios:
 - 1. Servicios que no son MÉDICAMENTE NECESARIOS.
 - 2. Servicios fuera de la red.
 - 3. Servicios de farmacia especializada; excepto que los medicamentos antivirales contra la hepatitis C administrados a receptores de trasplantes negativos a la hepatitis C que reciben un órgano de un donante positivo a la hepatitis C en NMH puedan considerarse incluidos en esta política, una vez agotados de manera oportuna todos los esfuerzos razonables para obtener el reembolso del seguro u otro tipo de reembolso para estos medicamentos. La provisión de dichos medicamentos debe coordinarse a través de Northwestern Specialty Pharmacy.
 - 4. Con respecto a los AFILIADOS MÉDICOS DE NMHC, tratamientos de fertilidad (excluyendo ciertos gastos de preservación de la fertilidad); procedimientos correctivos de la vista, incluyendo, entre otros, LASIK; y servicios de laboratorio obtenidos en un laboratorio no afiliado a NMHC, equipos médicos duraderos, anteojos, lentes de contacto y audífonos.
 - 5. Coseguros o deducibles del paciente, a menos que el SOLICITANTE califique para recibir ATENCIÓN GRATUITA.
 - 6. Copagos.
 - 7. Servicios con paquete de tarifas a cargo del paciente.
- C. Los productos farmacéuticos no incluidos en el formulario del plan, que se proporcionan al momento del alta con fines transitorios, estarán sujetos al DESCUENTO DEL COSTO DE ATENCIÓN.

III. REQUISITOS DE RESIDENCIA

- A. Los PACIENTES ASEGURADOS que son RESIDENTES DE ILLINOIS y que reciben servicios MÉDICAMENTE NECESARIOS son elegibles para ATENCIÓN GRATUITA y ATENCIÓN CON DESCUENTO. No obstante, el requisito de residencia no se aplicará a los SOLICITANTES ASEGURADOS que reciban SERVICIOS DE EMERGENCIA.
- B. Exceptuando a los PACIENTES ASEGURADOS que reciben SERVICIOS DE EMERGENCIA, los PACIENTES ASEGURADOS que no sean RESIDENTES (incluyendo, entre otros, traslados externos desde fuera del estado) y que reciban servicios MÉDICAMENTE NECESARIOS no serán elegibles para recibir ATENCIÓN GRATUITA.

IV. CÁLCULO DE LA ATENCIÓN GRATUITA Y CON DESCUENTO

NMHC ofrece ATENCIÓN GRATUITA y ATENCIÓN CON DESCUENTO a PACIENTES ASEGURADOS elegibles mediante dos métodos: "asistencia con escala móvil de tarifas para asegurados" y "asistencia catastrófica para asegurados". Si el SOLICITANTE cumple los requisitos para ambos métodos, NMHC aplicará el que sea más beneficioso para el SOLICITANTE. Si a pesar de cumplir los requisitos de cualquiera de los dos métodos, existen motivos para creer que un SOLICITANTE tiene activos por un importe superior al 600% de la guía federal de pobreza vigente en ese momento, según lo aplicable al TAMAÑO DE LA FAMILIA, y que dichos activos están disponibles

para pagar los servicios médicos, NMHC podrá exigir al SOLICITANTE que proporcione información sobre dichos activos, y el Comité de Atención Gratuita podrá considerarlos para decidir si se extiende la ATENCIÓN GRATUITA o la ATENCIÓN CON DESCUENTO, y en qué medida.

A. **ASISTENCIA CON ESCALA MÓVIL DE TARIFAS PARA ASEGURADOS**

La asistencia proporcionada mediante la escala móvil de tarifas para asegurados se calcula de la siguiente manera:

1. Atención gratuita: Los RESIDENTES DE ILLINOIS asegurados que tengan INGRESOS FAMILIARES iguales o inferiores al 250% de la guía federal de pobreza vigente en el momento, según lo aplicable al TAMAÑO DE LA FAMILIA del SOLICITANTE, podrán ser elegibles para recibir un descuento del 100%. El descuento se aplicará al coseguro y los deducibles, así como a los servicios MÉDICAMENTE NECESARIOS no cubiertos por el seguro.
2. Atención con descuento: Para los servicios MÉDICAMENTE NECESARIOS no cubiertos por el seguro, los RESIDENTES DE ILLINOIS asegurados que tengan INGRESOS FAMILIARES superiores al 250% e inferiores o iguales al 600% de la guía federal de pobreza vigente en el momento, según lo aplicable al TAMAÑO DE LA FAMILIA del SOLICITANTE, podrán ser elegibles para un descuento igual o superior al DESCUENTO POR IMPORTES GENERALMENTE FACTURADOS.

B. **ASISTENCIA CATASTRÓFICA PARA ASEGURADOS**

1. Para PACIENTES ASEGURADOS que califique para ATENCIÓN GRATUITA o la ATENCIÓN CON DESCUENTO y que tengan INGRESOS FAMILIARES superiores al 250% y hasta el 600% de la guía federal de pobreza vigente en el momento, según lo aplicable al TAMAÑO DE LA FAMILIA del SOLICITANTE, el pago total no deberá exceder, durante un período de doce meses, el 25% de los INGRESOS FAMILIARES.
2. NMHC podría incluir en el cálculo de la asistencia catastrófica el pago total adeudado por el SOLICITANTE a los AFILIADOS MÉDICOS y HOSPITALARIOS DE NMHC. De incluirse, el pago total ajustado se asignará proporcionalmente según los importes pendientes adeudados a los AFILIADOS MÉDICOS y HOSPITALARIOS DE NMHC, respectivamente.

ANEXO B:

Atención gratuita y con descuento

Andrew Scianimanico

Vicepresidente, director ejecutivo del ciclo de ingresos

Fecha de entrada en vigencia: 18/7/2023

HISTORIAL DE REVISIONES:

Redactado: 3/3/2015

Revisado/actualizado: 17/8/2016, 29/12/2017, 18/7/2019, 1/9/2021, 7/7/2023

ANEXO C: ATENCIÓN GRATUITA Y CON DESCUENTO PARA PACIENTES NO ASEGURADOS**I. ATENCIÓN GRATUITA Y CON DESCUENTO PARA NO ASEGURADOS**

NMHC proporciona ATENCIÓN GRATUITA y ATENCIÓN CON DESCUENTO a PACIENTES NO ASEGURADOS, según lo dispuesto en este *Anexo C*.

II. SERVICIOS

- A. Exceptuando lo dispuesto en la Sección II.B de este Anexo, la ATENCIÓN GRATUITA y la ATENCIÓN CON DESCUENTO para PACIENTES NO ASEGURADOS estará disponible para todos los servicios MÉDICAMENTE NECESARIOS.
- B. La ATENCIÓN GRATUITA y la ATENCIÓN CON DESCUENTO para PACIENTES NO ASEGURADOS no estará disponible para los siguientes servicios:
 1. Servicios de farmacia especializada de NMH.
 2. Con respecto a los AFILIADOS MÉDICOS DE NMHC, tratamientos de fertilidad (excluyendo ciertos gastos de preservación de la fertilidad); procedimientos correctivos de la vista, incluyendo, entre otros, LASIK; y servicios de laboratorio obtenidos en un laboratorio no afiliado a NMHC, suministros y equipos médicos duraderos, anteojos, lentes de contacto y audífonos.

III. REQUISITOS DE RESIDENCIA

La ATENCIÓN GRATUITA y la ATENCIÓN CON DESCUENTO estará disponible para PACIENTES NO ASEGURADOS que son RESIDENTES DE ILLINOIS. Los PACIENTES NO ASEGURADOS que no son residentes no son elegibles para recibir ATENCIÓN GRATUITA o ATENCIÓN CON DESCUENTO. No obstante, el requisito de residencia no se aplicará a los SOLICITANTES NO ASEGURADOS que reciban SERVICIOS DE EMERGENCIA.

IV. CÁLCULO DE LA ATENCIÓN GRATUITA Y CON DESCUENTO

De conformidad con la Ley de Descuento para Pacientes Sin Seguro Médico de los Hospitales de Illinois, NMHC brindará ATENCIÓN GRATUITA Y ATENCIÓN CON DESCUENTO a PACIENTES NO ASEGURADOS. NMHC ofrece ATENCIÓN GRATUITA y ATENCIÓN CON DESCUENTO a los SOLICITANTES no asegurados que sean elegibles, mediante dos métodos: “asistencia con escala móvil de tarifas para no asegurados” y “asistencia catastrófica para no asegurados”. Si un SOLICITANTE cumple los requisitos para ambos métodos, NMHC aplicará el que sea más beneficioso para el SOLICITANTE. Si a pesar de cumplir los requisitos de cualquiera de los dos métodos, existen motivos para creer que un SOLICITANTE tiene activos que superan el 600% de la guía federal de pobreza vigente en ese momento, según lo aplicable al TAMAÑO DE LA FAMILIA, y que dichos activos están disponibles para pagar los servicios médicos, NMHC podrá exigir al SOLICITANTE que proporcione información sobre dichos activos, y el Comité de Atención Gratuita podrá considerarlos para decidir si se extiende la ATENCIÓN GRATUITA o la ATENCIÓN CON DESCUENTO, y en qué medida.

A. ESCALA MÓVIL DE TARIFAS PARA NO ASEGURADOS

1. Atención gratuita: Un SOLICITANTE que tenga INGRESOS FAMILIARES iguales o inferiores al 250% de la guía federal de pobreza vigente en el momento, según lo aplicable al TAMAÑO DE LA FAMILIA del SOLICITANTE, podrá ser elegibles para recibir ATENCIÓN GRATUITA.
2. Descuento del costo de atención: Un SOLICITANTE que tenga INGRESOS FAMILIARES superiores al 250% y hasta el 600% de la guía federal de pobreza vigente en el momento, según lo aplicable al TAMAÑO DE LA FAMILIA del SOLICITANTE, podrá ser elegibles para recibir un DESCUENTO DEL COSTO DE ATENCIÓN.

B. ASISTENCIA CATASTRÓFICA PARA NO ASEGURADOS

1. Para los SOLICITANTES que califiquen para recibir asistencia de conformidad con la Sección IV.A.2 anterior, el pago total no deberá exceder, durante un período de doce meses, el 20% de los INGRESOS FAMILIARES del PACIENTE.
2. NMHC podría incluir en el cálculo de la asistencia catastrófica el pago total adeudado por el PACIENTE a los AFILIADOS MÉDICOS y HOSPITALARIOS DE NMHC. De incluirse, el pago total ajustado se asignará proporcionalmente según los importes pendientes adeudados a los AFILIADOS MÉDICOS y HOSPITALARIOS DE NMHC, respectivamente.

V. REFERENCIAS

- A. Ley de Facturación Justa al Paciente de Illinois - Illinois Fair Patient Billing Act [210 ILCS 88/]
- B. Ley de Descuento para Pacientes Sin Seguro Médico de los Hospitales de Illinois - Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act [210 ILCS 89/]

ANEXO C:

Descuento a paciente no asegurado

Andrew Scianimanico

Vicepresidente

Director ejecutivo del ciclo de ingresos

Fecha de entrada en vigencia: 18/7/2023**HISTORIAL DE REVISIONES:**

Redactado: 3/3/2015

Revisado/actualizado: 17/8/2016, 29/12/2017, 1/8/2019, 1/9/2021

ANEXO D: ELEGIBILIDAD PRESUNTIVA

I. ELEGIBILIDAD PRESUNTIVA

Se considera que un PACIENTE NO ASEGURADO que cumple con los requisitos y criterios de las Secciones III y IV a continuación es elegible para recibir ATENCIÓN GRATUITA de acuerdo con este *Anexo D*. Los PACIENTES a los que se presume elegibles no necesitan completar una SOLICITUD de ASISTENCIA FINANCIERA pero deben demostrar que cumplen con los requisitos y criterios de las Secciones III y IV a continuación.

II. DEFINICIONES

Los siguientes términos se aplican a este *Anexo D* según su definición en la Ley de Facturación Justa al Paciente de Illinois:

- A. “Paciente” se refiere a la persona que recibe servicios de NMHC o a cualquier persona que sea el garante del pago por servicios recibidos de NMHC.
- B. “Elegibilidad presuntiva” se refiere a la elegibilidad para recibir ASISTENCIA FINANCIERA, determinada mediante los CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PRESUNTIVA que demuestran la necesidad financiera del PACIENTE.
- C. “Criterios de elegibilidad presuntiva” se refiere a las categorías identificadas como evidencias de la necesidad financiera.
- D. “Política de elegibilidad presuntiva” es un documento escrito donde se establecen los CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PRESUNTIVA mediante los cuales NMHC determina la necesidad financiera de un PACIENTE y lo considera elegible para recibir ASISTENCIA FINANCIERA sin mayor escrutinio por parte de NMHC. Este *Anexo D* constituye la POLÍTICA DE ELEGIBILIDAD PRESUNTIVA DE NMHC.

III. REQUISITOS DE RESIDENCIA

La ELEGIBILIDAD PRESUNTIVA se aplicará a todos los RESIDENTES DE ILLINOIS. La ELEGIBILIDAD PRESUNTIVA no estará disponible ni será aplicable a los NO RESIDENTES.

IV. CRITERIOS

Los siguientes CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PRESUNTIVA establecen las pautas para la POLÍTICA DE ELEGIBILIDAD PRESUNTIVA DE NMHC de acuerdo con el PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA de NMHC. Un PACIENTE NO ASEGURADO que demuestre cumplir los requisitos para uno o más de los programas que se enumeran a continuación se considerará elegible para recibir ATENCIÓN GRATUITA y no estará obligado a proporcionar documentación adicional para recibir dicha ASISTENCIA FINANCIERA:

- A. Personas sin hogar.
- B. Fallecido sin patrimonio.
- C. Incapacidad mental sin nadie que actúe en su nombre.
- D. Elegibilidad para Medicaid, pero no en la fecha del servicio o para un servicio no cubierto.
- E. Inscripción en los siguientes programas de asistencia para personas con bajos ingresos que cumplen con los criterios de elegibilidad del 250% o menos de la guía federal de pobreza vigente en el momento:
 1. Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés).

Título: Asistencia financiera ANEXO D: ELEGIBILIDAD PRESUNTIVA	Página 18 de 25	Política n.º FIN 03.0012D
--	---------------------------	----------------------------------

- 2. Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés).
 - 3. Illinois Free Lunch and Breakfast Program (Programa de Desayunos y Almuerzos Gratuitos de Illinois).
 - 4. Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) (Programa de Asistencia Energética para Hogares de Illinois).
 - 5. Inscripción en un programa comunitario organizado que brinde acceso a atención médica y en el que se evalúe y documente la situación financiera limitada de las personas de bajos ingresos como criterio de membresía.
 - 6. Recepción de subvenciones para servicios médicos.
- F. Con el fin de garantizar que NMHC pueda aplicar lo antes posible la ASISTENCIA FINANCIERA a la factura de un PACIENTE después de que haya recibido los servicios y antes de la emisión de dicha factura, el PACIENTE debe notificar a NMHC sobre su ELEGIBILIDAD PRESUNTIVA y proporcionar la documentación de respaldo lo antes posible, preferiblemente durante el proceso de SOLICITUD de ASISTENCIA FINANCIERA. Si esta información de elegibilidad está disponible sin notificación previa del PACIENTE, NMHC la utilizará para aplicar la ELEGIBILIDAD PRESUNTIVA. NMHC también aplicará la ELEGIBILIDAD PRESUNTIVA para servicios de NMHC en los casos en que el PACIENTE proporcione la notificación y la documentación de respaldo después del inicio de la facturación.

V. REFERENCIAS

Ley de Facturación Justa al Paciente de Illinois - Fair Patient Billing Act [210 ILCS 88/27]

ANEXO D:
Elegibilidad presuntiva

Andrew Scianimanico
Vicepresidente
Director ejecutivo del ciclo de ingresos

Fecha de entrada en vigencia: 1/9/2021

HISTORIAL DE REVISIONES:

Redactado: 12/2013

Revisado/actualizado: 12/2014 (versión anterior Anexo A para NMHC 03.0012 v 1.0 – 1/6/2011), 8/2016, 29/12/2017, 1/9/2021

ANEXO E: NOTIFICACIÓN GENERAL DE LOS AFILIADOS HOSPITALARIOS DE NMHC

I. MEDIDAS DE NOTIFICACIÓN ESPECÍFICAS PARA LOS AFILIADOS HOSPITALARIOS DE NMHC

Con el fin de que los PACIENTES, los GARANTES, las familias y la comunidad en general conozcan el PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA de NMHC, los AFILIADOS HOSPITALARIOS DE NMHC tomarán medidas concretas para difundir ampliamente esta POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA, la SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA, una descripción del proceso de solicitud y un “Resumen en lenguaje sencillo” de esta POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA (denominados colectivamente en este *Anexo E* como “Materiales”) en la comunidad a la que NMHC prestará servicios. Las medidas de notificación específicas deben cumplir con los siguientes requisitos.

- A. Difundir ampliamente los MATERIALES en los sitios web de los AFILIADOS HOSPITALARIOS DE NMHC y en los sitios web de NMHC, de la siguiente manera:
 1. Publicar versiones completas y actualizadas de los MATERIALES de forma bien visible en los sitios web.
 2. Cualquier persona con acceso a Internet debe ser capaz de acceder, descargar, ver e imprimir una copia impresa de los MATERIALES sin necesidad de contar con hardware o software especial (excepto el software disponible públicamente sin costo), sin pagar ninguna tarifa a NMHC ni a ningún AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC, ni crear una cuenta ni estar obligado a proporcionar información personal identificable.
 3. NMHC y los AFILIADOS HOSPITALARIOS DE NMHC proporcionarán la dirección web o URL de la página web donde se publican los MATERIALES a cualquier persona que pregunte cómo acceder a ellos en línea.
- B. Entregar copias impresas de los MATERIALES, previa solicitud y sin costo, ya sea enviándolos por correo postal o colocándolos en lugares públicos, como las áreas de admisión o registro y el Departamento de Emergencias del AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC.
- C. Colocar de forma bien visible en las áreas de admisión y registro, así como en los Departamentos de Urgencias de cada AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC, un cartel que diga: “Usted podría ser elegible para recibir asistencia financiera según los términos y condiciones que el hospital ofrece a los pacientes que cumplen con los requisitos. Para obtener más información, comuníquese con [insertar información de contacto del representante de asistencia financiera del hospital]”. El cartel deberá estar en inglés y en cualquier otro idioma que sea la lengua principal de la menor de las siguientes cantidades: 1000 personas o el 5% de la comunidad atendida por el AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC o de las poblaciones que probablemente se vean afectadas o sean atendidas por el AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC.
- D. Notificar e informar a los miembros de la comunidad atendida por cada AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC sobre esta política y sobre cómo o dónde pueden obtener más información sobre la política y el proceso de solicitud, así como copias de los MATERIALES. La notificación se debe realizar de una manera razonablemente calculada para llegar a los miembros de la comunidad con mayor probabilidad de necesitar ASISTENCIA FINANCIERA. Para ser “razonablemente calculada”, se deberá tomar en consideración los idiomas principales de los residentes de la comunidad atendida por el AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC, así como otras características de la comunidad y del AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC.
- E. Notificar e informar a los pacientes que reciben atención de un AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC sobre esta política y sobre cómo o dónde pueden obtener más información sobre la política y el proceso de solicitud, así como copias de los MATERIALES. Específicamente, cada AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC deberá cumplir con lo siguiente:
 1. Ofrecer una copia impresa del RESUMEN EN LENGUAJE SENCILLO de esta política como parte del proceso de admisión o alta.

2. Incluir un aviso escrito bien visible en los estados de cuenta, donde se notifique e informe a los beneficiarios sobre la disponibilidad de asistencia financiera bajo esta política y que incluya el número de teléfono de la oficina o departamento del AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC que pueda proporcionar información sobre esta política y el proceso de solicitud, y la dirección del sitio web (o URL) donde se pueden obtener copias de esta política, de la SOLICITUD y del RESUMEN EN LENGUAJE SENCILLO de esta política.
 3. Colocar carteles públicos bien visibles (u tomar otras medidas razonablemente calculadas para atraer la atención de los pacientes) para notificar e informar a los pacientes sobre esta política, en lugares públicos del AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC, incluyendo, como mínimo, el Departamento de Emergencias y las áreas de admisión.
- F. Los MATERIALES deben estar en inglés y traducidos a cualquier otro idioma que sea la lengua principal de la menor de las siguientes cantidades: 1000 personas o el 5% de la comunidad atendida por el AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC o de las poblaciones que probablemente se vean afectadas o sean atendidas por el AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC.
- G. El Departamento de Asesoría Financiera mantendrá una lista de los proveedores de atención médica —que no sean el mismo AFILIADO— que prestan atención de emergencia u otra atención MÉDICAMENTE NECESARIA en cada AFILIADO, donde se indicará si dichos proveedores están cubiertos por esta política; se incorporará por referencia al presente documento.

II. REFERENCIAS

- A. Sección 501(r) del Código de Rentas Internas - Internal Revenue Code Section 501(r)
- B. Ley de Facturación Justa al Paciente de Illinois - Fair Patient Billing Act [210 ILCS 88/27]

ANEXO E:
Notificación

Andrew Scianimanico
Vicepresidente
Director ejecutivo del ciclo de ingresos

Fecha de entrada en vigencia: 1/9/2021

HISTORIAL DE REVISIONES:

Redactado: 3/3/2015
Revisado: 1/9/2021

ANEXO F: PLAZOS APLICABLES Y REQUISITOS DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL A PACIENTES PARA LOS AFILIADOS HOSPITALARIOS DE NMHC

I. PLAZO DE FACTURACIÓN

De conformidad con la Ley de Facturación Justa al Paciente de Illinois, se debe indicar a los PACIENTES que soliciten ASISTENCIA FINANCIERA dentro de los sesenta (60) días posteriores al alta o a la recepción de servicios de atención ambulatoria, lo que sea mayor; NMHC no enviará facturas a PACIENTES NO ASEGURADOS hasta que haya transcurrido este plazo de sesenta (60) días. Si bien NMHC puede facturar a los PACIENTES después de dicho plazo de sesenta (60) días, procesará las SOLICITUDES recibidas en cualquier momento durante el PERÍODO DE SOLICITUD.

II. ESFUERZOS REQUERIDOS PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD ANTES DE TOMAR ACCIONES DE COBRO EXTRAORDINARIAS

A. Necesidad de notificar

Antes de tomar cualquier acción de cobro extraordinaria (ECA), los AFILIADOS HOSPITALARIOS DE NMHC deberán realizar esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para recibir ASISTENCIA FINANCIERA, siguiendo los pasos establecidos en este *Anexo F*. Específicamente, el AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC deberá tomar las siguientes medidas con respecto a cualquier atención médica brindada a una persona:

1. Notificar a la persona sobre el PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA, como se describe en este *Anexo F*, antes de iniciar cualquier ECA para obtener el pago de la atención, y abstenerse de iniciar una ECA (con excepción de la ECA descrita en la Sección II.C de este *Anexo F*) durante al menos 120 días a partir de la fecha en que el AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC emita el primer estado de cuenta posterior al alta por la atención proporcionada. NOTA: Si se suman varios episodios de atención, el periodo de 120 días comenzará a partir del primer estado de cuenta posterior al alta del episodio de atención más reciente incluido en la suma.
2. En el caso de una persona que presente una SOLICITUD incompleta durante el PERÍODO DE SOLICITUD, se debe notificarle cómo completar la SOLICITUD y brindarle una oportunidad razonable para hacerlo, como se describe en la Sección II.D de este *Anexo F*.
3. En el caso de una persona que presente una SOLICITUD completa durante el PERÍODO DE SOLICITUD, se debe determinar si es elegible para recibir ASISTENCIA FINANCIERA para la atención médica, como se describe en la Sección II.E de este *Anexo F*.

B. Notificación general

Los AFILIADOS HOSPITALARIOS DE NMHC deberán realizar una notificación general para PACIENTES o GARANTES sobre el PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA siguiendo los siguientes pasos, al menos 30 días antes de iniciar una o más ECA para obtener el pago de la atención proporcionada:

1. Proporcionar a la persona una notificación por escrito para indicar que la ASISTENCIA FINANCIERA está disponible para las personas elegibles, identificar las ECA que el AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC (u otra parte autorizada) pretende iniciar para obtener el pago de la atención proporcionada y establecer una fecha límite tras la cual dichas ECA podrán iniciarse, que no deberá ser menor a 30 días después de la fecha de entrega de la notificación escrita.

2. Proporcionar a la persona un RESUMEN EN LENGUAJE SENCILLO del PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA junto con la notificación escrita descrita en el punto anterior.

3. Hacer un esfuerzo razonable para notificar verbalmente a la persona sobre el PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA y sobre cómo puede obtener ayuda con el proceso de SOLICITUD.

C. Aplazamiento o denegación de la atención por impago de la atención previa

En caso de que una ECA implique el aplazamiento o la denegación de la atención a causa del impago de atención brindada previamente, el AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC podrá notificar a la persona sobre el PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA con menos de 30 días de antelación al inicio de la ECA, siempre que el AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC:

1. Cumpla con los requisitos de la Sección II.B de este *Anexo F* pero, en lugar de la notificación descrita en la Sección II.B, entregue a la persona una SOLICITUD y una notificación escrita indicando que la ASISTENCIA FINANCIERA está disponible para las personas elegibles e indicando la fecha límite, si la hubiera, después de la cual el AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC dejará de aceptar y procesar una SOLICITUD presentada (o, si corresponde, completada) por la persona para cubrir la atención médica en cuestión. Esta fecha límite no debe ser menor a 30 días después de la fecha en que se proporciona la notificación escrita o 240 días después de la fecha en que se emitió el primer estado de cuenta posterior al alta por la atención médica previamente recibida, lo que sea posterior.
2. Si la persona presenta una SOLICITUD para cubrir la atención médica previamente recibida, antes de la fecha límite indicada anteriormente (o en cualquier momento, si el AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC no proporcionó esta fecha límite), la SOLICITUD se procesará de forma acelerada.

D. Solicitud incompleta

Si una persona presenta una SOLICITUD incompleta durante el PERÍODO DE SOLICITUD, los AFILIADOS HOSPITALARIOS DE NMHC deberán hacer lo siguiente:

1. Suspender cualquier ECA.
2. Notificar por escrito a la persona sobre los materiales adicionales que se necesitan para completar su solicitud. Esta notificación debe incluir un RESUMEN EN LENGUAJE SENCILLO del PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA, así como el número de teléfono y la ubicación de la oficina o departamento del AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC que pueda proporcionar información sobre dicho programa, y de la oficina o departamento que pueda brindar asistencia con el proceso de SOLICITUD. La persona deberá proporcionar los materiales adicionales necesarios antes de la fecha de finalización del PERÍODO DE SOLICITUD o dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de la notificación, excepto en circunstancias extraordinarias.

E. Solicitud completa

Si una persona presenta una SOLICITUD completa durante el PERÍODO DE SOLICITUD, los AFILIADOS HOSPITALARIOS DE NMHC deberán hacer lo siguiente:

1. Suspender cualquier ECA en su contra.

2. Realizar y documentar una determinación sobre si la persona es elegible para recibir ASISTENCIA FINANCIERA.
 3. Notificar por escrito a la persona sobre la determinación de elegibilidad, lo que debe incluir, si corresponde, la ASISTENCIA FINANCIERA para la que es elegible y el fundamento de la determinación.
 4. Si la persona es elegible para recibir ASISTENCIA FINANCIERA, los AFILIADOS HOSPITALARIOS DE NMHC deberán hacer lo siguiente:
 - a. Proporcionar a la persona (determinada como elegible para recibir ASISTENCIA FINANCIERA que no es ATENCIÓN GRATUITA) un estado de cuenta que incluya el importe adeudado como persona elegible para ASISTENCIA FINANCIERA y la forma en que se determinó dicho importe, y donde se indique o describa cómo puede obtener información sobre los IMPORTES GENERALMENTE FACTURADOS por la atención.
 - b. Reembolsar cualquier importe (a menos que sea inferior a \$5.00 o a cualquier otro importe establecido mediante un aviso u otra guía publicada en el Boletín de Impuestos Internos) que la persona haya pagado previamente por la atención incluida en la SOLICITUD y que exceda el importe que se ha determinado que adeuda como persona elegible para ASISTENCIA FINANCIERA.
 - c. Revertir cualquier ECA (con la excepción de una venta de deuda).
- F. Los AFILIADOS HOSPITALARIOS DE NMHC deberán documentar todos los requisitos de notificación establecidos en este *Anexo F*.
- G. La implementación de este Anexo deberá cumplir con 26 C.F.R. 1.501(r)-6. En la medida en que este *Anexo F* sea incompatible con 26 C.F.R. 1.501(r)-6 o en la medida en que 26 C.F.R. 1.501(r)-6 proporcione más detalles sobre la implementación de este *Anexo F*, regirá 26 C.F.R. 501(r)-6.

III. REFERENCIAS

- A. Sección 501(r) del Código de Rentas Internas - Internal Revenue Code Section 501(r)
- B. Ley de Facturación Justa al Paciente de Illinois - Fair Patient Billing Act [210 ILCS 88/27]

ANEXO F:
Plazos aplicables

Andrew Scianimanico
Vicepresidente
Director ejecutivo del ciclo de ingresos

Fecha de entrada en vigencia: 1/9/2021

HISTORIAL DE REVISIONES:

Redactado: 3/3/2015
Revisado: 1/9/2021

ANEXO G: LISTAS DE PROVEEDORES

I. LISTA DE PROVEEDORES SUJETOS O NO SUJETOS A ESTA POLÍTICA

- A. El Departamento de Asesoría Financiera mantendrá, en nombre de cada AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC, una lista de todos los proveedores —aparte del mismo AFILIADO HOSPITALARIO— que brinden atención de emergencia u otra atención MÉDICAMENTE NECESARIA, donde se indicará si están o no cubiertos por esta política.
- B. La lista estará disponible bajo solicitud en el sitio web del AFILIADO HOSPITALARIO DE NMHC. También se podrán obtener copias impresas gratuitas a través del Departamento de Asesoría Financiera.
- C. La lista se actualizará por lo menos trimestralmente.

II. REFERENCIAS

- A. Sección 501(r) del Código de Rentas Internas - Internal Revenue Code Section 501(r)
- B. Notificación de Rentas Internas - Internal Revenue Notice 2015-46

ANEXO G:

Listas de proveedores

Andrew Scianimanico

Vicepresidente

Director ejecutivo del ciclo de ingresos

Fecha de entrada en vigencia: 1/9/2021

HISTORIAL DE REVISIONES:

Redactado: 3/3/2015

Revisado/actualizado: 17/8/2016, 1/9/2021

ANEXO H: ASISTENCIA FINANCIERA PARA ANÁLISIS DE LABORATORIO**I. DESCRIPCIÓN DE LA ASISTENCIA FINANCIERA PARA ANÁLISIS DE LABORATORIO**

- A. NMHC se compromete a brindar acceso a servicios de análisis de laboratorio a través de NM Lab —un departamento de NMH— y de HealthLab —un departamento de Central DuPage Hospital—. La ASISTENCIA FINANCIERA para análisis de laboratorio se limita a los saldos de los pacientes que resulten de servicios de análisis proporcionados por NM Lab y HealthLab con muestras extraídas por consultorios médicos y enviadas a NM Lab y HealthLab, o con muestras obtenidas a través de los centros de extracción de NM Lab y HealthLab.
- B. NMHC evaluará a los pacientes de NM Lab y HealthLab para brindarles ASISTENCIA FINANCIERA para cubrir los saldos adeudados.
- C. La ASISTENCIA FINANCIERA para análisis de laboratorio no está disponible para beneficiarios de programas gubernamentales (incluidos los planes de atención administrada de Medicare Advantage y Medicaid).
- D. La ASISTENCIA FINANCIERA para análisis de laboratorio es administrada por los servicios de contabilidad de pacientes de NMHC a través de su proceso automatizado de estados de cuenta, y se aplicará automáticamente a los saldos de los pacientes elegibles.

II. SERVICIOS

- A. Análisis de laboratorio médicalemente necesarios, tanto de hospitales como de profesionales, proporcionados a través de NM Lab y HealthLab.
- B. La ASISTENCIA FINANCIERA no aplica a los servicios facturados por el cliente, ya que NM Lab o HealthLab pueden proporcionar servicios de laboratorio y facturar directamente a los consultorios médicos (clientes), en lugar de facturar a las aseguradoras y a los pacientes. Los servicios facturados por el cliente no son facturados por NM Lab ni HealthLab sino por el cliente.

III. REQUISITOS DE RESIDENCIA

No hay requisitos de residencia asociados con la ASISTENCIA FINANCIERA para análisis de laboratorio.

IV. CÁLCULO DE LA ASISTENCIA FINANCIERA PARA ANÁLISIS DE LABORATORIO

- A. NMHC aplicará un descuento del noventa por ciento (90%) sobre los saldos restantes que superen los setenta y cinco dólares (\$75) para pacientes por debajo del 600% del nivel federal de pobreza (FPL) y un descuento del cien por ciento (100%) sobre cualquier saldo pendiente para pacientes por debajo del 250% del FPL.
- B. Se pueden aplicar otros descuentos después de la ASISTENCIA FINANCIERA para análisis de laboratorio.

ANEXO H:

Asistencia financiera para análisis de laboratorio

Andrew Scianimanico

Vicepresidente

Director ejecutivo del ciclo de ingresos

Fecha de entrada en vigencia: 1/9/2022

HISTORIAL DE REVISIONES:

Redactado: 3/6/2017

Revisado/actualizado: 1/9/2021, 1/9/2022