OBJETIVO

Proporcionar la política de CCH que aborda la asistencia financiera para los residentes del Estado de Illinois según lo administra el Departamento de Asesoramiento Financiero.

ZONAS AFECTADAS

Esta política se aplica a todos, entre otros, a los departamentos de Servicios Financieros del Paciente y Acceso al Paciente afiliados a Cook County Health (CCH). CCH incluye, entre otros, el campus central (John H. Stroger, Hospital Jr. del Condado de Cook, Professional Building y Harrison Square), Provident Hospital of del Condado de Cook, Departmento de Salud Pública del Condado de Cook (CCDPH) y Red de Salud Ambulatoria y Comunitaria (ACHN), CountyCare y otras operaciones del plan de salud.

POLÍTICA

La misión de Cook County Health es brindar una gama completa de servicios de alta calidad a todos los pacientes. CCH patrocina y administra un programa de asistencia financiera dentro de todo el sistema para los residentes del condado conocido como Carelink, en el presente denominado "Carelink", y CCH administra el Programa de la Ley de Descuento para Pacientes No Asegurados del Hospital del Estado de Illinois conocido como "HUPDA" para personas elegibles que no pertenecen al condado de Cook, o para residentes del condado de Cook elegibles para HUPDA que no cumplan con los requisitos de elegibilidad de Carelink.

CareIlnk

Carelink es un programa diseñado para ayudar a aquellas personas con ingresos iguales o inferiores al 600 % de las pautas federales de pobreza según publicadas anualmente en el registro federal. Carelink es un programa de asistencia financiera para pacientes de CCH. Una persona es elegible para solicitar asistencia para servicios médicos bajo el programa Carelink si es:

- Un residente del condado de Cook.
- Tener un ingreso familiar anual igual o menor al 600% de las pautas federales de pobreza.
- Sin seguro o con seguro insuficiente y no elegible para cobertura a través de Medicaid u otros programas de asistencia de atención médica pública.
- Las personas con seguro insuficiente se definen como personas de CCH cubiertas por un plan de seguro de salud privado que tiene un contrato activo con CCH como proveedor dentro de la red. Las personas con un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) contratado con CCH Y que seleccionan a CCH para servir como su proveedor de atención primaria, o las personas con un plan de Organización de Proveedor Preferido (PPO) o "tarifa por servicio" tradicional, pueden solicitar Carelink y recibir un descuento en los gastos de bolsillo asociados con estos planes, incluidos los deducibles y el coseguro. Se aplicarían tarifas de costos compartidos de Carelink.

Carelink es un pagador de último recurso. Los representantes de Carelink deben explorar la elegibilidad potencial para otras fuentes de programas de financiación (p. ej., Medicaid, etc.) antes de certificar la elegibilidad de un individuo. Si una persona es elegible para otro programa de asistencia financiera, se le brindará la asistencia adecuada para la solicitud antes de que se evalúe su elegibilidad para Carelink.

Los descuentos en los cargos totales para los afiliados a Carelink se basan en una escala móvil basada en los ingresos familiares, los bienes familiares y el nivel federal de pobreza, como se describe a continuación:

- Las personas sin seguro con un ingreso anual igual o inferior al 250 % de las pautas federales de pobreza según lo establecido en el registro federal anualmente son elegibles para un descuento del 100 % de los cargos totales.

- Las personas sin seguro con un ingreso anual superior al 251 % del nivel federal de pobreza, pero igual o inferior al 350 % de las pautas federales de pobreza del año en curso, según lo establecido en el registro federal anualmente, son elegibles para un descuento del 50 % de los cargos totales.
- Las personas sin seguro con un ingreso anual superior al 351 % del nivel federal de pobreza, pero igual o inferior al 600 % de las pautas federales de pobreza del año en curso, según lo establecido en el registro federal anualmente, son elegibles para un descuento del 25 % de los cargos totales.
- Las personas sin seguro con un ingreso superior al 601% del nivel federal de pobreza no son elegibles para recibir asistencia bajo el programa Carelink.

Individuos con acceso a seguro de salud patrocinado por el empleador

Las personas con acceso a un seguro de salud asequible a través de su empleador **y** que hayan optado por no inscribirse pueden ser elegibles en función de su asequibilidad. Si un individuo da fe de que no puede proporcionar la información porque no tienen acceso a un seguro de salud asequible o han solicitado sin éxito la información de la prima a su empleador, se les pedirá que firmen la *Carta de Autocertificacion del Seguro de Salud el Condado de Cook* para verificar su incapacidad para acceder a un seguro de salud asequible.

Pacientes con seguro insuficiente

Las personas con cierta cobertura de seguro privada/patrocinada por el empleador pueden ser elegibles para Carelink si CCH se considera un proveedor dentro de la red con su Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) o si la persona tiene una PPO o una "tarifa por servicio" tradicional. Estas personas se consideran de "seguro insuficiente" y pueden solicitar que Carelink reciba un descuento parcial en los gastos de bolsillo totales, sin incluir los copagos, que no están cubiertos por el seguro privado de la persona **(p. ej**., deducible anual o coseguro). También se puede considerar que las personas tienen seguro insuficiente si están inscritas en un plan de beneficios limitados.

Las personas con seguro insuficiente son elegibles para los siguientes descuentos según los niveles federales de ingresos de pobreza:

- Menos de 250% = 100%
- Entre 251- 350% = 50%
- Entre 351- 600% = 25%
- Más de 600% = 0%

Criterios evaluados para el Programa Carelink

Los requisitos de elegibilidad del programa incluyen:

- Vive en el Condado de Cook
- Identificación
- Tamaño del Hogar
- Ingresos
- No elegible para Medicaid o cualquier otro plan de salud

Los solicitantes **deben proporcionar una certificación por escrito** de la validez y exactitud de la información. Los solicitantes que se niegan a proporcionar esta documentación no son elegibles.

Ley de Descuentos para Pacientes de Hospital No Asegurados del Estado de Illinois

CCH administra la Ley de Descuento para Pacientes de Hospial No Asegurados del Estado de Illinois conocida como "HUPDA" para los residentes elegibles que no son del Condado de Cook, o para los residentes del Condado de Cook elegibles para HUPDA que no cumplen con los requisitos de elegibilidad de Carelink..

HUPDA es un programa diseñado para ayudar a aquellas personas con ingresos iguales o inferiores al 600 % de las pautas federales de pobreza, tal como se publican anualmente en el registro federal. HUPDA es un programa de descuento para pacientes de CCH. Los requisitos de elegibilidad de HUPDA **son:**

- Residente Verificado de Illinois
- Un ingreso familiar anual igual o inferior al 600% de las pautas federales de pobreza
- No Asegurado; y tiene servicios Médicos superiores a $ 150 en cualquier internamiento o encuentro ambulatorio.
- Prueba de identificación válida
- Tamaño del Hogar
- No elegible para Medicaid o cualquier otro plan de salud

Es responsabilidad del solicitante presentar la documentación requerida para verificar los criterios anteriores. La provisión de información falsa o engañosa por parte de un solicitante puede resultar en que CCH emprenda acciones legales contra el solicitante.

Elegibilidad Presunta:

Los criterios utilizados para considerar a una persona elegible para recibir asistencia financiera. Los criterios se definen como las categorías identificadas que demuestran necesidad financiera. Las personas que demuestren uno o más de los criterios se considerarán presuntamente elegibles para recibir el charity care (o atención caritativa) al 100 %

- Sin Hogar
- Fallecido sin herencia
- Incapacidad mental sin nadie que actúe en nombre del individuo
- Elegibilidad para Medicaid, pero no en la fecha del servicio o para el servicio no cubierto
- Bancarrota personal dentro de los últimos 12 meses de la fecha del servicio
- Encarcelamiento en una institución penal
- Afiliación a una orden religiosa y voto de pobreza
- Inscripción en los siguientes programas de asistencia para personas de bajos ingresos:
  o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
  o Programa de Apoyo a la Vivienda de Alquiler de la Autoridad de Desarrollo de Vivienda de Illinois
- Programa de Nutrición para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria **(SNAP)**
- Programa de Almuerzo y Desayuno Gratis de Illinois
- Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)
- Inscripción en un programa organizado basado en la comunidad que brinda acceso a atención médica que evalúa y documenta el estado financiero limitado de bajos ingresos como criterio
- Recibo de beca de asistencia por servicios médicos

Obligaciones Financieras Individuales

A las personas que califiquen para recibir asistencia a un nivel del 50 % o del 25 % se les pedirá que paguen un depósito en el momento del servicio. La incapacidad del individuo para cumplir con sus obligaciones financieras no afecta su capacidad para recibir servicios de atención médica. Sin embargo, el incumplimiento de las obligaciones resultará en la aplicación de los esfuerzos de cobranza estándar de CCH.

La ley HUPDA impone un tope anual a la cantidad de dinero que un hospital puede recaudar por servicios de pacientes elegibles sin seguro a no más del 20 % del ingreso bruto anual de la familia del paciente si es necesario un plan de pago, a menos que el paciente elegible sin seguro posea activos que tengan un valor superior al 300% del nivel federal de pobreza. Es responsabilidad del individuo mantenerse al tanto del tope anual mediante el control de su atención médica integral. El valor mínimo para recibir el descuento HUPDA, como lo describe la ley, es cualquier paciente hospitalizado o servicio ambulatorio superior a $150.00. Las obligaciones financieras de las personas no afectan su capacidad para recibir servicios

de atención médica.

CCH basará el descuento en los cargos por servicio/encuentro. Los cargos se descuentan hasta un máximo del 135 % del costo aplicando la Relación de Costo a Cargo del Informe de Costos de Medicare presentado más recientemente. (Consulte el Informe de Costos de Medicare vigente, Hoja de trabajo C, tal como lo emitió o proporcionó la Oficina del Fiscal General de Illinois, para obtener detalles adicionales).

Derecho a Apelar

Cada solicitante tendrá las siguientes opciones para apelar cualquier decisión relacionada con la elegibilidad del programa:

- Nivel 1- Consejero Financiero que realizó la entrevista
- Nivel II - Supervisor del Consejero Financiero
- Nivel III - Director de Acceso de Pacientes al Sistema
- Nivel IV- Director Superior de Ingresos de CCH para la determinación final

Las quejas o inquietudes relacionadas con el proceso de solicitud de descuento para personas sin seguro o el proceso de asistencia financiera del hospital se pueden informar a la Oficina de Atención Médica del Fiscal General de Illinois. Puede comunicarse con la Oficina haciendo clic en el siguiente enlace https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf o llamando al 1-877-305-5145.

PROCEDIMIENTOS/PROCESO

Sección I. Procedimientos de Identidad del Paciente

Documentación

En todos los casos, se debe pedir al solicitante que proporcione una identificación con fotografía. Si no se dispone de una identificación con foto, otras formas de identificación son prueba suficiente de la identificación del solicitante. Lo siguiente puede usarse para establecer la identidad del solicitante: - Se requiere que las personas presenten dos formas aceptables de identificación cuando solicitan asistencia.

Formas requeridas de identificación: 1 artículo de la lista A, o 2 artículos de la lista B.

Lista (A) Identificación con Foto

- Pasaporte Válido
- Tarjeta de Residente Permanente (tarjeta verde)
- Documentos de NaturalizaciónCiudadanía con fotografía
- Identificación militar con foto
- Tarjeta de Autorización del Trabajador

Lista (B) Otras formas de identificación

- GRUPO UNO (ID o Identificación con foto)
  - Tarjeta CityKey de Chicago
  - Pasaporte vencido
  - Licencia de conducir de visitante temporal
  - ID válido con foto emitida por el gobierno, p. ej, licencia de conducir estatal o tarjeta de ID estatal
  - Tarjeta de identificación de consulado extranjero válida
  - Identificación del permiso de trabajador con foto
  - Credencial electoral extranjera con foto
  - Identificación estudiantil con foto

- GRUPO DOS (Documentos de Identificación)
  - Partida de Nacimiento
  - Certificado de Ciudadanía
  - Aviso de Comparecencia
  - Formulario 1-94, Registro de Salida
  - Certificado de Naturalización sin fotografía
  - Formulario 1-797, Aviso de Acción
  - Documentos de Viaje emitidos por el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU
  - Registros de adopción
  - Tarjeta de la Seguridad Social
  - Carta de otorgamiento de SSI/RSDI
  - Tarjeta de Credencial de Electoral
  - Cartas de referencia de agencias estatales o locales en papel con membrete de la agencia. (Ejemplos: cualquier entidad local, como una iglesia, un hospital o una clínica que NO forme parte de CCH, una organización sin fines de lucro, vecinal o comunitaria, un refugio, un tribunal u otra agencia gubernamental).

Sección II. Requisitos de residencia en Illinois Residentes de Illinois

Residentes de Illinois

Las personas que solicitan asistencia deben residir en Illinois al momento del servicio y al momento de la solicitud. Se puede considerar que un solicitante vive en Illinois en las siguientes situaciones:

- El solicitante vive en una casa o lugar fijo de residencia ubicado en Illinois
- Un solicitante sin residencia fija que declara la intención de permanecer y vivir en Illinois
- Pacientes que residen en un refugio de violencia doméstica en Illinois

Documentación de Residencia

Toda la documentación de residencia debe estar a nombre del solicitante o de un miembro de la unidad familiar (como se define en la Sección III - Composición del Hogar de esta póliza). La documentación debe contener la dirección utilizada o declarada por el solicitante para establecer la residencia.

Requisito en la solicitud: Se debe usar al menos uno (1) de los siguientes elementos para verificar la residencia en Illinois:

Prueba de residencia

- Una factura reciente de servicios públicos (gas, luz, teléfono, cable) - dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la entrevista.
- Una pieza del correo comercial actual de EE. UU. con el nombre y la dirección actual del paciente (no puede ser correo basura o correo CCH), dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la entrevista
- Tarjeta Credencial Electoral (con dirección actual)
- Estado de cuenta de la hipoteca fechado dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la entrevista
- Contrato de arrendamiento actual, escritura o contrato de venta para la compra de vivienda (no recibos de alquiler escritos a mano)
- Extracto Bancario Actual
- Documentación de liberación de una instalación del Departamento de Correccionales a una dirección del condado de Cook
- Carta de otorgamiento de una agencia federal o estatal (Ejemplos: Otorgamiento por Discapacidad o Cupones Alimenticios) dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la entrevista
- Recibo de pago del impuesto predial
- Cartas de referencia de agencias estatales o locales en papel con membrete de la agencia (Ejemplos: cualquier entidad local como una iglesia, hospital, refugio y una corte o agencia gubernamental).
- Registro de Automóviles

Sin Residencia Fija - Sin Hogar

El solicitante debe completar una declaración sobre su situación de persona sin hogar en situaciones donde no existe prueba verificable. Además, el solicitante debe haber justificado el motivo de la falta de prueba de residencia.

No Residentes de Illinois

Las personas que no se consideran residentes de Illinois incluyen las siguientes personas:

- Un solicitante que reside fuera de los límites de Illinois
- Un solicitante que es un recluso, paciente o residente de una institución operada por una agencia estatal o federal

Sección III. Requisitos de Composición del Hogar

Familia

La elegibilidad se basa en un hogar. Una familia, a efectos de determinar la elegibilidad, consiste en una persona que vive sola o personas que viven juntas donde una o más personas tienen la responsabilidad financiera de mantener a las demás.

Los ejemplos de una familia incluyen:

- Adultos solteros de 18 años o más, que no asisten a la escuela
- Padres e hijos menores
- Familiares individuales y económicamente dependientes que viven con una persona, es decir, suegros, hermanos adultos, primos, etc.
- Una pareja legalmente casada o una pareja en unión civil
- Familiares cuidadores (tía, tío, abuelo) que cuidan a niños menores

Miembros de la Familia Excluidos

Ciertas personas que viven en una familia elegible no se consideran parte de la familia. Esto incluye a las personas que son:

- Un miembro de la familia que no vive en la familia
- Familiares encarcelados

Sección III. Lineamientos de Ingresos

Ingresos Contables

- Sueldos, salarios, bonos y/o propinas, recibidos mediante cheque de pago o en efectivo
- Ingresos por trabajo por cuenta propia, negocios y granjas después de la deducción de los gastos comerciales (incluidas la depreciación y las pérdidas de capital)
- Pagos de pensión alimenticia
- Seguro de Incapacidad del Seguro Social o carta de adjudicación de jubilación
- Dividendos, intereses y regalías
- Pensiones y rentas vitalicias, incluidos los ingresos por inversiones
- Jubilación ferroviaria
- Pagos privados o de seguro por discapacidad
- Apoyo regular en efectivo de la familia/otros que no viven en la familia del solicitante
- Estipendios de educación/capacitación (especificados para gastos de manutención)
- Ingresos de la propiedad de alquiler
- Pagos de suma global (contados solo si se recibieron más de uno en el año, y solo cuentan en el mes recibido)
- Beneficios por desempleo

Ingresos Exentos

Los ingresos exentos son ingresos o pagos recibidos por el solicitante o un miembro de la familia, pero que no se cuentan para la determinación de elegibilidad de la familia. Los ingresos exentos no se cuentan al determinar la elegibilidad:

Los ejemplos de ingresos exentos pueden incluir:

- Pagos de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- Estudiante dependiente/ingreso del trabajo del niño
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Cuidado Temporal
- Asistencia de Emergencia para Víctimas de Delitos
- Devolución de impuestos
- Reembolso de gastos (por ejemplo, kilometraje, etc.)
- Ingresos laborales recibidos por un estudiante de secundaria de tiempo completos
- Pagos irregulares de familiares y amigos de $50.00 o menos y no recibidos regularmente

Sección IV. Pautas de Ingresos/Recursos

Tipos de ingresos/recursos

Para fines de asistencia financiera, se evaluarán los siguientes recursos al determinar la elegibilidad

- Cuentas Corrientes
- Cuentas de Ahorros

Section V. Períodos de elegibilidad

Período de Elegibilidad de 12 Meses

El período de elegibilidad es efectivo por hasta 12 meses a partir de la aprobación inicial. Los participantes deben informar los cambios en los ingresos familiares, el tamaño de la familia, los cambios de seguro o en su dirección domiciliaria a los asesores financieros de CCH dentro de los 30 días posteriores a la ocurrencia del cambio. El no informar los cambios puede resultar en la cancelación de la elegibilidad de Carelink y la facturación de futuros servicios de CCH.

Los inscritos en asistencia financiera pueden estar sujetos a una revisión de su caso antes de los 12 meses, en caso de que puedan ser elegibles para un seguro privado en el Mercado durante el Período de Inscripción Abierta o a través de su empleador.

Elegibilidad Retroactiva

Se puede permitir la elegibilidad retroactiva, siempre que la persona haya cumplido con todos los criterios de elegibilidad durante ese período de tiempo.

REFERENCIAS CRUZADAS

Ninguno

REFERENCIAS REGLAMENTARIAS U OTRAS RELEVANTES

Ninguno

ADJUNTOS(S)

Ninguno

CALENDARIO DE ACTUALIZACIÓN DE LA POLÍTICA

Esta política se revisará y/o actualizará al menos una vez cada tres (3) años o con mayor frecuencia, según corresponda.

LÍDER(ES) DE POLÍTICAS	Carla Salvo Gerente, Acceso de pacientes, Asesoramiento financiero
REVISOR(ES)	Lynell Wright Director del Sistema, Acceso al Paciente Annie Peterson Directora de Sistemas, Ciclo de Ingresos
PARTE(S) DE	Curtis Haley Director Superior de Ingresos, CCH Aprobado Electrónicamente

Las políticas se actualizan periódicamente. Cuando se imprime, la versión de este documento se vuelve incontrolada. No confíe en las copias impresas para obtener la versión más actualizada. Consulte la página de la política en la intranet para verificar que esta es la versión actual de la política antes de utilizarla.

HISTORIAL DE LA POLÍTICA

Escribo: 16 de Abril, 2021		
Repasado/Revisado: 06/23/21	Aprobado:06/23/21	Publicado: 06/24/21
Repasado/Revisado: Marzo 2022	Aprobado:03/03/22	Publicado: 03/03/22
Repasado/Revisado: Nov 2022	Aprobado: En Archivo	Publicado: En Archivo

Las políticas se actualizan periódicamente. Cuando se imprime, la versión de este documento se vuelve incontrolada. No confíe en las copias impresas para obtener la versión más actualizada. Consulte la página de la política en la intranet para verificar que esta es la versión actual de la política antes de utilizarla.