

integritas

2018 Política de Apoyo Económico por Dificultades Económicas

Propósito:

Integritas ha establecido esta política con el fin de mantener consistencia en el apoyo que ofrece la empresa a los pacientes indigentes quienes piden un descuento o anulación de ciertas deudas médicas y/o montos de copago.

Esta política resume las políticas y procedimientos de Integritas en cuanto al proceso de aplicación y aprobación para pacientes quienes no son capaces de pagar sus deudas médicas. Integritas tomará en cuenta las circunstancias económicas del aplicante y aplicará esta política con consistencia.

Si la aplicación es aprobada, Integritas puede elegir descontar o anular ciertos montos debidos por pacientes sin seguro médico o sin suficiente seguro médico quienes pueden exitosamente demostrar que el pagar las deudas médicas puede causar dificultades económicas significantes.

Criterios para apoyo económico:

Integritas tomará en cuenta un rango de factores en decidir si el pagar en total las deudas médicas causará al aplicante o el fiador del aplicante dificultades económicas significantes. Para hacer la decisión de reducir en una escala de desplazamiento o anular ciertas cobranzas, Integritas revisará los ingresos de familia, los gastos domiciliarios, y las deudas del aplicante. Verificación escrita, en ciertas circunstancias, puede ser requerida para sustentar y verificar la información que contiene la aplicación para apoyo económico.

Integritas revisa toda aplicación en combinación con las directrices federales de pobreza del año actual para asistir en determinar las calificaciones para el descuento o anulación. (Anexo A)

En el aplicar de estas directrices, Integritas también considerará y tomará en cuenta todo ingreso y gasto incluyendo dinero ganado por todos los integrantes del hogar. Se puede requerir verificación de ingresos y estatus de empleo, incluyendo las declaraciones de impuestos, recibos de sueldo, etc.

Integritas tomará en cuenta los siguientes factores:

1. Si el pago de las deudas médicas afectará a la capacidad del aplicante de pagar los siguientes gastos domiciliarios:
 - a. Comida y ropa;
 - b. Alquiler o pagos de hipoteca;

- c. Otras necesidades básicas;
 - d. Necesidades especiales (por una enfermedad o discapacidad seria)
- 2. Si el aplicante posee bienes, como carro o casa. Bienes también incluyen lo siguiente:
 - a. Inversiones;
 - b. Dinero en el banco;
 - c. Efectivo en mano por gastos de corto plazo;
 - d. Dinero designado por necesidades especiales;
 - e. Reembolso de impuestos;
 - f. Dinero debido al aplicante por otra persona.
- 3. La existencia y monto de otras deudas.
- 4. Que el paciente recibió servicios médicos en una de las instalaciones servidas por Integritas provistos por uno de los proveedores de Integritas o proveedores afiliados con Integritas.

integritas

Proceso de Aplicación para Apoyo Económico

Una aplicación para apoyo económico para deudas médicas debe hacerse en acuerdo con la política de Integritas denominada “Política de Apoyo Económico”.

Todo aplicante puede pedir y llenar un formulario denominado “Formulario de Aplicación para Apoyo Económico”. Este formulario se puede hallar en la oficina central de Integritas en 2250 N. Illinois Ave., Carbondale, IL o en la página Web de Integritas en www.iephysicians.com/for-patients. Se puede también pedir el formulario del Departamento de Operaciones de Negocio de Integritas por medio del envío de una carta por email a info@iephysicians.com, fax a (618) 861-5302, o U.S. Mail a 2250 N. Illinois Ave, Carbondale, IL 62901. (Se pide que aplicantes devuelvan los formularios completos y toda documentación requerida a Integritas no más que 180 días después de la fecha de servicio).

Información Requerida:

Integritas requiere información independiente para apoyar declaraciones de dificultades económicas incluyendo verificación de gastos e ingresos. La información entregada será tratada con confidencialidad y sólo será revisada por empleados administrativos de Integritas quienes son involucrados con el procesamiento y revisión de información para el descuento o anulación de deudas médicas.

Plazo de Tiempo:

Una vez que se recibe una aplicación y información de verificación, Integritas considerará la situación económica global del aplicante y tomará una decisión. Todas decisiones serán tomadas no más que 10 días laborales después del recibo y revisión de toda la información requerida. Todas determinaciones son hechas en alijamiento con las directrices de apoyo económico y son discrecionales y en la determinación única de Integritas.

Aplicantes recibirán una carta de notificación delineando si la aplicación ha sido aprobada o rechazada. Si la petición de un aplicante para descuento o anulación es rechazada, Integritas proveerá al aplicante con un aviso escrito de la determinación. Si la situación económica del aplicante cambia de manera significativa, el paciente o la persona que se designa puede reaplicar.

La administración de Integritas mantendrá toda documentación relacionada al proceso de aplicación para el descuento o anulación confidencial. Esta documentación incluirá toda documentación de apoyo incluyendo la petición de apoyo económico y todo documento provisto en apoyo a la petición.

La verificación de calificación continua para apoyo económico se puede hacer en cualquier momento a la discreción de Integritas o por la petición del aplicante.

Favor de llenar la aplicación y declaración económica adjuntada. ¡Su petición no se puede procesar a menos que se les llene por completo la aplicación y la declaración económica!

Apoyo Económico - Anexo A

2018 DIRECTRIZ DEL NIVEL FEDERAL DE POBREZA (NFP) POR LOS 48 ESTADOS CONTIGUOS Y EL DISTRITO DE COLOMBIA CON ESCALA DE DESPLAZAMIENTO

Tamaño de Familia	Ingreso Bruto Familiar Anual					
	100% de NFP*	125% de NFP*	150% de NFP*	175% de NFP*	200% de NFP*	> 200% de NFP*
1	\$12,140	\$15,175	\$18,210	\$21,245	\$24,280	>\$24,280
2	\$16,460	\$20,575	\$24,690	\$28,805	\$32,920	>\$32,920
3	\$20,780	\$25,975	\$31,170	\$36,365	\$41,560	>\$41,560
4	\$25,100	\$31,375	\$37,650	\$43,925	\$50,200	>\$50,200
5	\$29,420	\$36,775	\$44,130	\$51,485	\$58,840	>\$58,840
6	\$33,740	\$42,175	\$50,610	\$59,045	\$67,480	>\$67,480
7	\$38,060	\$47,575	\$57,090	\$66,605	\$76,120	>\$76,120
8	\$42,380	\$52,975	\$63,570	\$74,165	\$84,760	>\$84,760
9	\$46,700	\$58,375	\$70,050	\$81,725	\$93,400	>\$93,400
10	\$51,020	\$63,775	\$76,530	\$89,285	\$102,040	>\$102,040
Más que 10	Por familias / hogares con más de 10 personas, agrega \$4,320 al 100% del NFP por cada persona adicional.					
Descuento si <=						
NFP	100%	80%	60%	40%	20%	0%

Planes de Pago son disponibles en 12 cuotas mensuales iguales

* NFP = Nivel Federal de Pobreza especificado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos

Estas cifras son las directrices de pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos con fecha de 13 enero 2018.

(Fuente: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>)

Aplicación para Apoyo Económico

Favor de llenar la aplicación y la declaración económica adjuntada. Favor de volver todos formularios y documentación requerida (en persona, por correo electrónico, por fax o por correo) a Integritas, 2250 N. Illinois Ave., Carbondale, IL 62901. Fax: 618-861-5302. Si tiene usted preguntas acerca de la aplicación, favor de comunicarse con Caleb Sutton (618) 833-1691, ext. 103 o csutton@iephysicians.com (se habla español).

Toda información con relación de las peticiones por apoyo económico será mantenida en confidencia.

Nombre de paciente:							
Número(s) de cuenta(s):							
Dirección:							
Ciudad:		Estado:	Código Postal:				
Teléfono:		F/N:					
Número de Seguro Social:		Fecha de Servicio:					
Nombre de persona que llena este formulario (si distinto al paciente):							
				Teléfono:			
Relación con paciente:							
Número de integrantes del hogar (incluyendo al paciente):							
¿Tiene usted seguro médico? ¿Medicare? ¿Medicaid?				<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Si usted respondió <i>sí</i> , ¿qué seguro tiene?:							
Si usted respondió <i>no</i> , explique por qué:							
		Marque aquí si usted está desempleado.	¿Por cuánto tiempo?:				
¿Recibe usted beneficios de desempleo?				<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
		Marque aquí si usted recibe beneficios de Seguro Social.	¿Por cuánto tiempo?:				
		Marque aquí si usted recibe food stamps u otra asistencia monetaria.					
¿Qué tipo?:							
		Marque aquí si usted recibe beneficios de discapacidad.	¿Por cuánto tiempo?:				
¿Entregaste una Declaración de Impuestos Federales el año pasado?				<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Entregarás una Declaración de Impuestos Federales el año actual?				<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
FAVOR DE ALISTAR TODOS LOS EMPLEADORES ACTUALES:							
Empleador 1:							
Empleador 2:							

Aplicación para Apoyo Económico (continuada)

Favor de proveer documentación de prueba de necesidad económica. Documentación apropiada incluye lo siguiente:

- 1) Prueba documentada que el paciente se encuentre al o debajo del nivel federal de pobreza. Documentos deben de incluir lo siguiente:
 - Declaraciones de impuestos federales de los últimos dos años (formulario 1040 firmado).
 - Recibos de sueldo por los últimos 90 días por todas las personas quienes se radican en el hogar.
 - Carta de Seguridad Social o Discapacidad del año actual con montos de beneficios.
 - Recibos de pago de desempleo por los últimos 90 días.
 - Prueba de todo ingreso recibido en los últimos 90 días.
 - Formularios de aplicación de Medicaid u otro programa de asistencia médica del Estado.

- 2) Prueba que el paciente tiene otras circunstancias que indican necesidad económica. Estas pueden ser situaciones como lo siguiente:
 - Prueba de toda deuda o recibos sin pagar (con copias de recibos, declaraciones, noticias de morosidad, etc.)
 - Prueba de acuerdo de bancarrota (si aplica).
 - Situaciones catastróficas (muerte o discapacidad en la familia, divorcio) *o otra documentación que demuestra que el paciente sería incapaz de pagar las deudas médicas y aún pagar las necesidades básicas.*

- 3) Favor de describir las circunstancias indigentes del paciente (favor de adjuntar documentación adicional si es necesario):

MONTHLY HOUSEHOLD INCOME & SOURCE
--

	Paciente	Esposo/a/Padres	Dependientes
Sueldo mensual (<u>Bruto</u>)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Beneficios de Asistencia Pública	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Beneficios de Desempleo	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Beneficios de Discapacidad	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Beneficios de Seguro Social	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Compensación Laboral	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Manutención de los hijos	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Food Stamps	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otro (Pensión alimenticia, etc.)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Subtotal:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
INGRESO DOMESTICO MENSUAL TOTAL \$ _____			

Yo confirmo que la información presentada aquí es cierto y correcto. Autorizo a Integritas de verificar que la información contenida en este documento sea cierta únicamente con el propósito de asesorar la necesidad económica que presento.

_____/_____/_____ _____/_____/_____

Firma de Persona que presenta la petición Fecha

Nombre de Persona que presenta la petición

Nota: Si no se recibe toda la documentación pedida, incluyendo la declaración firmada de impuestos federales más reciente y la prueba de ingresos por cada integrante del hogar, la aplicación será rechazada.