



Catholic Medical Center

Política y procedimiento de asistencia financiera

Fecha de modificación: marzo de 2024

Objetivo

De acuerdo con su misión de proporcionar servicios de salud y bienestar de alta calidad a la comunidad, Catholic Medical Center y sus proveedores empleados (colectivamente, CMC) tienen el compromiso de proporcionar asistencia financiera a personas sin seguro o con seguro insuficiente que necesitan un tratamiento de emergencia o medicamento necesario, pero que no cuenten con los medios financieros para pagar servicios o saldos que sean de su responsabilidad.

Esta política tiene como objetivo cumplir con los requisitos de los Estatutos revisados y anotados (RSA) de New Hampshire (NH) 151:12-b, Sección 501(r) del Código de Rentas Internas, y la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asegurable de 2010. De acuerdo con estos requisitos, a cualquier paciente elegible para recibir asistencia financiera según la política de asistencia financiera de CMC o paciente sin seguro no se le cobrará más por la atención de emergencia o medicamento necesaria que el monto generalmente facturado (AGB) a los pacientes asegurados.

Política

La asistencia financiera se proporciona solo cuando la atención se considera atención de emergencia o atención médicamente necesaria y después de que se haya determinado que los pacientes cumplen con todos los criterios financieros.

La asistencia financiera está disponible para los residentes de New Hampshire, y las áreas de servicio primario y secundario de CMC. Puede extenderse a residentes fuera de estas áreas solo de forma limitada a discreción de CMC por circunstancias extraordinarias según lo determine CMC.

El factor principal a fin de calificar para la asistencia financiera será el nivel de ingresos del paciente o del garante, y se tendrán en cuenta otros activos disponibles. Otras circunstancias que pueden constituir elegibilidad para recibir asistencia financiera son: dificultades debido al desempleo, enfermedad, muerte o indigencia médica. Sin embargo, de conformidad con los objetivos de esta política, CMC se reserva el derecho de revisar y considerar el contenido de solicitudes individuales caso por caso para determinar otros motivos de elegibilidad.

A los pacientes que buscan asistencia financiera se les puede pedir primero que soliciten programas de seguro públicos o privados, como Medicaid o seguros a través del mercado público, según corresponda, antes de considerar la elegibilidad conforme a esta política. Además, se puede alentar a cualquier paciente sin seguro que se crea que tiene la capacidad financiera para adquirir un seguro médico a hacerlo para ayudar a garantizar la accesibilidad a la atención médica y el bienestar general.

Se notificará por escrito a los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que no califiquen para recibir la asistencia financiera. Si al paciente no se le otorga la asistencia financiera, la cuenta se convertirá en una cuenta de autopago, y seguirá las políticas de cobranza estándares vigentes para todas las cuentas. Es posible que haya disponibles opciones financieras adicionales para el pago, que pueden incluir descuentos.

Definiciones

- **Asistencia financiera:** servicios de emergencia o medicamento necesarios que se prestan sin expectativa de pago completo por parte de los pacientes que cumplen con los criterios establecidos por esta política.
- **Medicamento necesario:** servicios hospitalarios y servicios que presta CMC a un paciente con el fin de diagnosticar, aliviar, corregir, curar o prevenir la aparición o el empeoramiento de condiciones que

ponen en peligro la vida, causan sufrimiento o dolor, causan deformidad física o mal funcionamiento, amenazan con causar o agravar una discapacidad, o provocar una enfermedad o dolencia general. Estos servicios se pueden proporcionar tanto de forma hospitalaria como ambulatoria.

- **Atención de emergencia:** atención inmediata que es necesaria para evitar poner en grave peligro la salud del paciente, el deterioro grave de las funciones corporales, o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
- **Atención de urgencia:** atención médicamente necesaria para tratar condiciones médicas que no ponen en peligro la vida de manera inmediata, pero que podrían provocar la aparición de una enfermedad o lesión, discapacidad, muerte o deterioro, o disfunción grave si no se tratan en un lapso de 12 a 24 horas.
- Responsabilidad para los proveedores de atención médica.
- **Seguro insuficiente:** pacientes asegurados cuyos costos médicos de bolsillo representarían una carga financiera para el paciente.
- **Monto generalmente facturado (AGB):** el monto neto que CMC espera pagar al facturar a los pacientes asegurados por atención de emergencia o médicamente necesaria. Consulte "Determinación del monto del descuento" para saber cómo se determina este descuento.
- **Cargos brutos:** monto total cobrado por CMC por artículos y servicios antes de que se apliquen descuentos, asignaciones contractuales o deducciones.

Procedimientos

Elegibilidad

Los pacientes que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente y tienen un ingreso familiar igual o inferior al 300 % de las pautas federales de pobreza (FPG), como se muestra en la siguiente tabla, pueden recibir atención caritativa según la política de asistencia financiera de CMC. Las personas con ingresos familiares anuales entre el 226 % y el 300 % de las FPG serán elegibles para un descuento caritativo sobre la parte de los cargos brutos que corresponde al paciente. Las personas con ingresos familiares anuales inferiores al 225 % del FPG serán elegibles para un descuento caritativo completo de la parte de los cargos brutos del paciente.

Documento exclusivo y confidencial de CMC

Actualizado el 3/2024

Vigente del 1/4/2024 al 31/3/2025

Pautas para 2024-2025

Vigente del 1/4/2024 al 31/3/2025

Tamaño de la familia	100 % del FPL	0-225 % del FPL		226 %-250 % del FPL		251 %-300 % del FPL	
		Nivel 1 (descuento del 100 %)		Nivel 2 (descuento del 90 %)		Nivel 3 (descuento del 75 %)	
		Ingresos mensuales = o < a	Ingresos anuales = o < a	Ingresos mensuales = o < a	Ingresos anuales = o < a	Ingresos mensuales = o < a	Ingresos anuales = o < a
1	\$15.060,00	\$2.823,75	\$33.885,00	\$3.137,50	\$37.650,00	\$3.765,00	\$45.180,00
2	\$20.440,00	\$3.832,50	\$45.990,00	\$4.258,33	\$51.100,00	\$5.110,00	\$61.320,00
3	\$25.820,00	\$4.841,25	\$58.095,00	\$5.379,17	\$64.550,00	\$6.455,00	\$77.460,00
4	\$31.200,00	\$5.850,00	\$70.200,00	\$6.500,00	\$78.000,00	\$7.800,00	\$93.600,00
5	\$36.580,00	\$6.858,75	\$82.305,00	\$7.620,83	\$91.450,00	\$9.145,00	\$109.740,00
6	\$41.960,00	\$7.867,50	\$94.410,00	\$8.741,67	\$104.900,00	\$10.490,00	\$125.880,00
7	\$47.340,00	\$8.876,25	\$106.515,00	\$9.862,50	\$118.350,00	\$11.835,00	\$142.020,00
8	\$52.720,00	\$9.885,00	\$118.620,00	\$10.983,33	\$131.800,00	\$13.180,00	\$158.160,00
9	\$58.100,00	\$10.893,75	\$130.725,00	\$12.104,17	\$145.250,00	\$14.525,00	\$174.300,00
10	\$63.480,00	\$11.902,50	\$142.830,00	\$13.225,00	\$158.700,00	\$15.870,00	\$190.440,00
Sumar por cada persona adic.	\$5.380,00						

La determinación de la elegibilidad para recibir la asistencia financiera requerirá que los pacientes presenten una solicitud de asistencia financiera completada (incluida toda la documentación que la solicitud requiera) y puede requerir citas o reuniones con consejeros financieros del hospital.

Al determinar la elegibilidad de los pacientes, CMC no tiene en cuenta la raza, el género, la edad, la orientación sexual, la afiliación religiosa ni la condición social o de inmigrante.

Se da por sentado que las personas sin hogar son elegibles para recibir asistencia financiera, y pueden comunicarse con el Programa de atención médica para personas sin hogar a través del Equipo de Salud Comunitario Móvil de CMC al (603) 663-8718 o asistir personalmente a 199 Manchester St., Manchester, NH 03103 para analizar sus opciones. El Programa de atención médica para personas sin hogar verifica los ingresos mensuales de los pacientes y el estado del seguro al comienzo de cada visita. Se determina un cargo de tarifa nominal utilizando pautas de un plan de "Escala de tarifas móviles" que se basa en las pautas federales de pobreza anuales.

Cálculo de los montos cobrados a los pacientes y determinación del monto del descuento del AGB

CMC no les cobrará por la atención de emergencia o medicamento necesaria a los pacientes que son elegibles para recibir la asistencia financiera un monto mayor a los montos que generalmente se facturan a los pacientes asegurados. Los servicios elegibles para la asistencia financiera incluyen atención de emergencia o de urgencia, servicios considerados médicamente necesarios por CMC y, en general, atención no electiva y necesaria para prevenir la muerte o efectos adversos para la salud del paciente. La determinación de qué servicios se consideran puramente electivos corresponde a CMC. Los procedimientos estéticos no están cubiertos por la política de asistencia financiera.

A los pacientes sin seguro que califican para recibir la asistencia financiera no se les puede cobrar más que los montos generalmente facturados (AGB) a las personas que tienen un seguro que cubre la misma atención. La reducción de los AGB al saldo del paciente se basa en las regulaciones 501(r) del IRS y se aplica únicamente a la atención de emergencia o medicamento necesaria. Esta reducción se calcula utilizando un método retrospectivo de 12 meses de reclamaciones pagadas de la tarifa por servicio de Medicare y de todas las aseguradoras de salud privadas. El porcentaje de AGB se actualiza anualmente según los datos de los 12 meses más recientes para reclamaciones pagadas.

Si tiene alguna pregunta o desea información adicional sobre el cálculo de los montos generalmente facturados (AGB) por parte del hospital, llame al (603) 663-8772 o al (603) 663-6780 y hable con uno de nuestros consejeros financieros.

Una vez que se ha determinado que un paciente califica para recibir asistencia financiera de acuerdo con la política de asistencia financiera de CMC, el descuento determinado por el plan variable indicado anteriormente se aplica al saldo del paciente.

Los pacientes con autopago que reciben atención de emergencia o medicamento necesaria en CMC y que no están aprobados para recibir asistencia financiera recibirán un descuento caritativo en los cargos brutos equivalente al AGB al momento de la facturación. Este descuento no se aplica a ningún copago, coseguro o monto deducible.

Cómo solicitar la asistencia financiera

La solicitud, la lista de proveedores cubiertos por la política de asistencia financiera de CMC y un resumen de la política en lenguaje sencillo están disponibles en los lugares que se indican a continuación:

- En el centro, en 195 McGregor St. 3rd Floor, Manchester, New Hampshire, 03102
- Por correo postal si se solicita por teléfono al (603) 663-6922 o al (603) 663-6780
- Por correo postal si es un envío solicitado: CMC Billing Department, 195 McGregor St., Manchester, New Hampshire, 03102
- En línea en www.catholicmedicalcenter.org

Las solicitudes de asistencia financiera están disponibles en inglés, español y nepalí.

A fin de que se los considere elegibles para recibir la asistencia financiera, los pacientes deben cooperar con el hospital para buscar medios alternativos de asistencia si es necesario, incluidos Medicare, Medicaid y otros programas de intercambio de seguros federales, estatales o privados. Si el paciente se niega a solicitar o a seguir adelante con una solicitud para un programa disponible, se denegará automáticamente la solicitud de asistencia financiera del paciente.

A los fines de determinar los activos disponibles, los activos incluyen, entre otros: ahorros, pensión alimenticia, certificados de depósito, cuentas individuales de jubilación (IRA), acciones, bonos, planes 401k y fondos mutuos. Al calcular la cantidad de activos para calificar a un paciente para atención caritativa, a cada hogar se le permiten (i) ahorros de hasta \$5,000 para una persona y de \$10,000 para una familia, (ii) cuentas de jubilación (que incluyen acciones de IRA, bonos, planes 401k y fondos mutuos) protegidos hasta \$100,000, capital en una residencia principal protegido hasta \$200,000 para solicitantes de hasta 54 años y capital en una residencia principal protegido hasta \$250,000 para solicitantes de 55 años o más. Se requiere documentación de todos los pagos del fondo fiduciario y de la capacidad de acceder a los fondos.

Los ingresos familiares incluyen salarios, compensaciones por desempleo, manutención infantil, obligaciones de manutención médica, pensión alimenticia, ingresos de la seguridad social, pagos por discapacidad y cuentas de pensión o de jubilación. Lo siguiente está excluido de los ingresos familiares: fideicomisos irrevocables y planes de ahorro para la universidad administrados por el gobierno federal o estatal. Los fideicomisos irrevocables no pueden modificarse ni rescindirlos sin el permiso del beneficiario, y el otorgante no tiene derechos de propiedad.

Además de completar una solicitud, las personas deben estar preparadas para entregar la siguiente documentación:

- Dos extractos bancarios consecutivos completos
- Evidencia de ingresos del solicitante (y su cónyuge, si corresponde), como (2) recibos de sueldo recientes, seguro de desempleo, beneficios de seguridad social, compensación por discapacidad, beneficios de pensión y beneficios de compensación laboral
- Manutención infantil pagada o recibida
- Información suficiente sobre cómo se mantienen económicamente los pacientes actualmente
- Copia de la declaración de impuestos federales más reciente
- Copia del formulario W2 más reciente
- Copia de la asignación de cupones de alimentos
- Prueba de dificultades con la prima del mercado

Si el Departamento de Salud y Servicios Humanos del Estado de New Hampshire le denegó la cobertura al paciente, el paciente debe proporcionar prueba de esta denegación.

Las personas que no tengan la documentación mencionada anteriormente, tengan preguntas sobre la política de asistencia financiera de CMC o deseen ayuda para completar la solicitud de asistencia financiera pueden comunicarse con nuestros consejeros financieros al (603) 663-8772 o al (603) 663-6780.

Se aplicará una concesión de asistencia financiera a los candidatos elegibles de la siguiente manera:

- Una solicitud aprobada cubrirá cualquier cuenta con fechas de servicio un año antes de la fecha de la solicitud, a menos que se especifique lo contrario.
- Una solicitud aprobada cubrirá cualquier cuenta futura con fechas de servicio de hasta seis meses a partir de la fecha de la solicitud, o 1 año a partir de la fecha de la solicitud para pacientes mayores de 65 años que reciben pagos del Seguro Social.
- Al vencimiento de seis meses, o de 1 año para los pacientes mayores de 65 años que reciben pagos del Seguro Social, el paciente debe volver a presentar la solicitud y proporcionar toda la documentación relevante para continuar con el estado de asistencia financiera.

Medidas en caso de falta de pago

Las medidas de cobranza que CMC puede tomar si no se recibe una solicitud de asistencia financiera o un pago se describen en la Política de facturación y cobranza. CMC hará ciertos esfuerzos para proporcionar a los pacientes información sobre nuestra política de asistencia financiera antes de que nosotros o nuestros representantes de agencias externas tomemos ciertas medidas para cobrar su factura.

Los pacientes tienen 240 días a partir de la fecha de la primera factura para solicitar la asistencia financiera. Toda actividad de cobranza se detendrá durante 15 días para dar tiempo a que la solicitud completa se envíe a CMC. Si la solicitud se devuelve al paciente porque falta información o está incompleta, el paciente tiene 15 días para volver a enviar una solicitud completa con la documentación de respaldo. Transcurridos 15 días, si no se recibe la solicitud, se iniciará la actividad de cobranza.

Para obtener más información sobre los pasos que CMC dará para informar a los pacientes sin seguro sobre nuestra política de asistencia financiera y las actividades de cobranza que podemos realizar, consulte la Política de facturación y cobranza de CMC. Puede solicitar una copia gratuita de esta póliza completa en persona o por correo a CMC Billing Department, 195 McGregor St., Manchester, New Hampshire, 03102, llamando al (603) 663-8772 o al (603) 663-6780, o en línea en www.catholicmedicalcenter.org.

Los pacientes a quienes les preocupe su capacidad para pagar los servicios o que deseen obtener más información sobre la asistencia financiera de CMC deben comunicarse con el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes al (603) 663-8772 y (603) 663-6780.