

Catholic Medical Center

Política y procedimiento de asistencia financiera

Fecha de revisión: junio de 2020

Objetivo

En consonancia con su misión de proporcionar servicios de salud y bienestar de alta calidad para la comunidad, Catholic Medical Center y sus proveedores empleados (denominados conjuntamente CMC) se comprometen a proporcionar asistencia financiera a personas sin seguro y con seguro insuficiente que necesitan tratamiento de emergencia o medicamento necesario, pero no tienen los medios financieros para pagar los servicios o saldos que están a su cargo.

Se pretende que esta política cumpla con los requisitos de la Sección 151:12-b de los Estatutos Revisados Anotados de New Hampshire (New Hampshire Revised Statutes Annotated, NH RSA), la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos y la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible de 2010. De acuerdo con estos requisitos, los pacientes elegibles para recibir la asistencia financiera en virtud de la política de CMC emitida a tal fin y los pacientes sin seguro solo deberán abonar el importe generalmente facturado (Amount Generally Billed, AGB) a los pacientes asegurados por la atención de emergencia o medicamento necesaria.

Política

La asistencia financiera solo se brinda cuando se considera que la atención es de emergencia o medicamento necesaria y después de que se haya establecido que los pacientes cumplen con todos los criterios financieros.

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

El factor principal a fin de cumplir con los requisitos para recibir la asistencia financiera será el nivel de ingresos del paciente o del garante teniendo en cuenta otros activos disponibles. Otras circunstancias que pueden constituir la elegibilidad para recibir la asistencia financiera incluyen: dificultades como consecuencia del 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 las solicitudes individuales caso por caso para determinar otros motivos de elegibilidad.

Se les puede pedir a los pacientes que buscan obtener la asistencia financiera que primero soliciten programas públicos o privados de seguro, como Medicaid o seguros a través del mercado público, según corresponda, antes de que se considere su elegibilidad en virtud de esta política. Además, cuando se cree que un paciente sin seguro tiene la capacidad financiera para contratar un seguro de salud, se le puede alentar a hacerlo para ayudar a garantizar la accesibilidad a la atención médica y al bienestar general.

Se notificará por escrito a los pacientes sin seguro y con seguro insuficiente que no cumplan con los requisitos para recibir la asistencia financiera. Si no se otorga la asistencia financiera al paciente, la cuenta se convertirá en una cuenta de pago personal y seguirá las políticas de cobro estándar para todas las cuentas. Es posible que se disponga de opciones financieras adicionales para el pago, lo que incluye descuentos.

Definiciones

- **Asistencia financiera:** servicios de emergencia o médicamente necesarios prestados sin la expectativa de recibir el pago completo por parte de los pacientes que cumplen con los criterios establecidos por esta política.
- **Médicamente necesario:** servicios hospitalarios y de otra naturaleza prestados por CMC a un paciente con el fin de diagnosticar, aliviar, corregir, curar o prevenir la aparición o el empeoramiento de afecciones que ponen en peligro la vida, causan sufrimiento o dolor, causan una deformidad o deficiencia física, tienen el potencial de causar o agravar una discapacidad o resultan en una dolencia o enfermedad general. Estos servicios pueden prestarse tanto durante una internación como de forma ambulatoria.
- **Atención de emergencia:** atención inmediata que es necesaria para evitar poner la salud del paciente en grave peligro, el deterioro grave de las funciones corporales o la insuficiencia grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
- **Atención urgente:** atención médica necesaria para tratar afecciones médicas que no ponen en riesgo la vida de forma inmediata, pero que podrían tener como resultado la aparición de enfermedades o lesiones, discapacidad, muerte, o deterioro o insuficiencia grave si no se tratan dentro de las 12 a 24 horas.
- **Sin seguro:** pacientes que no tienen seguro o asistencia de terceros para ayudar a solventar sus obligaciones financieras con los proveedores de atención médica.
- **Con seguro insuficiente:** pacientes asegurados cuyos gastos médicos de bolsillo representarían una carga financiera para ellos.
- **Importe generalmente facturado (AGB):** el monto neto que CMC espera cobrar al facturar a los pacientes asegurados por la atención médicamente necesaria o de emergencia. Consulte “Determinación del importe del descuento” para conocer cómo se determina este descuento.
- **Cargos brutos:** el importe total cobrado por CMC por los artículos y servicios antes de que se apliquen descuentos, beneficios contractuales o deducciones.

Procedimientos

Elegibilidad

Los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que tienen un ingreso familiar igual al 300% o menos de los lineamientos federales de pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG), tal como se muestra en la siguiente tabla, pueden recibir atención de caridad en virtud de la política de asistencia financiera de CMC. Las personas con ingresos familiares anuales de entre el 226% y el 300% de los FPG serán elegibles para recibir un descuento de caridad de la parte de los cargos brutos adeudada por el paciente. Las personas con ingresos familiares anuales de menos del 225% de los FPG serán elegibles para recibir un descuento de caridad de la parte de los cargos brutos adeudada por el paciente.

Pautas de atención gratuita del CMC para 2021-2022

Vigencia: 01/04/2021-31/03/2022

Tamaño de la familia	100 % del FPL	0-225 % del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL)		226-250 % del FPL		251-300 % del FPL	
		Nivel 1 (100 % de descuento)		Nivel 2 (90 % de descuento)		Nivel 3 (75 % de descuento)	
		Ingreso mensual igual a o menor que	Ingreso anual igual a o menor que	Ingreso mensual igual a o menor que	Ingreso anual igual a o menor que	Ingreso mensual igual a o menor que	Ingreso anual igual a o menor que
1	\$12,880.00	\$2,415.00	\$28,980.00	\$2,683.33	\$32,200.00	\$3,220.00	\$38,640.00
2	\$17,420.00	\$3,266.25	\$39,195.00	\$3,629.17	\$43,550.00	\$4,355.00	\$52,260.00
3	\$21,960.00	\$4,117.50	\$49,410.00	\$4,575.00	\$54,900.00	\$5,490.00	\$65,880.00
4	\$26,500.00	\$4,968.75	\$59,625.00	\$5,520.83	\$66,250.00	\$6,625.00	\$79,500.00
5	\$31,040.00	\$5,820.00	\$69,840.00	\$6,466.67	\$77,600.00	\$7,760.00	\$93,120.00
6	\$35,580.00	\$6,671.25	\$80,055.00	\$7,412.50	\$88,950.00	\$8,895.00	\$106,740.00
7	\$40,120.00	\$7,522.50	\$90,270.00	\$8,358.33	\$100,300.00	\$10,030.00	\$120,360.00
8	\$44,660.00	\$8,373.75	\$100,485.00	\$9,304.17	\$111,650.00	\$11,165.00	\$133,980.00
9	\$49,200.00	\$9,225.00	\$110,700.00	\$10,250.00	\$123,000.00	\$12,300.00	\$147,600.00
10	\$55,560.00	\$10,417.50	\$125,010.00	\$11,575.00	\$138,900.00	\$13,890.00	\$166,680.00
Cada persona adicional suma	\$4,540.00						

Propiedad del CMC/confidencial

Actualizado el 15/03/2021

La determinación de la elegibilidad para recibir la asistencia financiera requerirá que los pacientes presenten una solicitud de asistencia financiera completa (que incluya toda la documentación requerida para la solicitud) y se les puede exigir que concurran a citas o que conversen con los 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, el estatus social ni la condición de inmigrante.

Se entiende que las personas que no tienen hogar son elegibles para recibir la asistencia financiera y pueden comunicarse con el Programa de Atención Médica para Personas sin Hogar a través del Equipo Móvil de Salud Comunitaria de CMC al (603) 663-8718 o dirigirse en persona a 199 Manchester St., Manchester, NH 03103 para discutir sus opciones. El Programa de Atención Médica para Personas sin Hogar verifica los ingresos mensuales y el estado del seguro de los pacientes al inicio de cada consulta. El cargo de tarifa nominal se determina según las pautas del plan de "Escala de tarifas variables" en función de los Lineamientos federales anuales de pobreza.

Determinación del monto de descuento del AGB

CMC no les cobrará a los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera una cantidad mayor por la atención de emergencia o medicamento necesaria que el importe generalmente facturado a los pacientes asegurados. Los servicios elegibles para la asistencia financiera incluyen la atención de emergencia o urgente, los servicios que CMC considera médicamente necesarios y, en general, la atención que no es electiva y es necesaria para prevenir la muerte o los efectos adversos en la salud del paciente. La determinación de qué servicios se consideran puramente electivos es facultad de CMC. Los procedimientos cosméticos no están cubiertos por la política de asistencia financiera.

No se puede cobrar a los pacientes sin seguro que cumplen con los requisitos para recibir la asistencia financiera más que el AGB a los pacientes que tienen un seguro que cubra la misma atención. La reducción

del AGB del saldo del paciente se basa en la Sección 501(r) de las Regulaciones del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) y solo se aplica a la atención de emergencia o médicamente necesaria. La reducción se calcula utilizando un método de búsqueda retroactiva de 12 meses de reclamos pagos de la tarifa de Medicare por el servicio y todas las aseguradoras de salud privadas. El porcentaje del AGB se actualiza anualmente en función de los datos de los últimos 12 meses para los reclamos pagos.

Una vez que se determinó que el paciente cumple con los requisitos para recibir la asistencia financiera de acuerdo con la política de asistencia financiera de CMC, se aplica el descuento determinado según el plan de tarifas variables mencionado anteriormente al saldo del paciente.

Los pacientes que pagan por su cuenta que reciban atención de emergencia o médicamente necesaria en CMC y no estén aprobados para recibir la asistencia financiera recibirán un descuento de caridad sobre 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 en lenguaje sencillo de la política están disponibles en los siguientes lugares:

- En el centro, en 195 McGregor St., 3er piso, Manchester, New Hampshire, 03102
- Por correo si se solicita por teléfono al (603) 663-8772 o al (603) 663-6780
- Por correo si se solicita por correo a: CMC Billing Department, 195 McGregor St., Manchester, New Hampshire, 03102
- En línea, en el sitio web www.catholicmedicalcenter.org

Las solicitudes de asistencia financiera se encuentran disponibles en inglés, español y nepalés.

Para que se considere que los pacientes son elegibles para recibir la asistencia financiera, deben cooperar con el hospital para analizar medios alternativos de asistencia si fuera necesario, lo que incluye Medicare, Medicaid y otros programas de intercambio de seguros federales, estatales o privados. Si el paciente se niega a solicitar o a finalizar todos los pasos de una solicitud para un programa disponible, la solicitud de asistencia financiera del paciente será denegada automáticamente.

A los efectos de determinar los activos disponibles, estos incluyen, entre otros: ahorros, pensión alimenticia, certificados de depósito, cuentas individuales de retiro (Individual Retirement Account, IRA), acciones, bonos, planes 401k y fondos mutuos. Al calcular el monto de los activos a los efectos de determinar la elegibilidad de un paciente para recibir la atención de caridad, se permite para cada hogar: (i) ahorros de hasta \$5,000 para una persona y \$10,000 para una familia; (ii) cuentas de jubilación (lo que incluye IRA, acciones, bonos, planes 401k y fondos mutuos) protegidas por hasta \$100,000; (iii) propiedad en una residencia primaria protegida por hasta \$200,000 para solicitantes de hasta 54 años; y (iv) propiedad en una residencia primaria protegida por hasta \$250,000 para solicitantes de 55 años o más. Se requiere la documentación de todos los pagos de fondos fiduciarios y de la capacidad para acceder a los fondos.

Los ingresos familiares incluyen salarios, compensaciones por desempleo, manutención de menores, cualquier obligación de manutención médica, pensión alimenticia, ingresos del seguro social, pagos por discapacidad y cuentas de pensión o jubilación. Se excluye lo siguiente de los ingresos familiares: fideicomisos irrevocables y planes de ahorro universitarios administrados por el gobierno federal o estatal. Los fideicomisos irrevocables no pueden modificarse o cancelarse sin el permiso del beneficiario y el cesionario no tiene derechos de propiedad.

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

- Dos resúmenes bancarios consecutivos y completos
- Prueba de los ingresos del solicitante (y su cónyuge, si corresponde), tales como (2) talones de pago recientes, seguro de desempleo, beneficios del seguro social, compensación por discapacidad, beneficios de pensión y beneficios de compensación del trabajador
- Manutención de menores pagada o recibida
- Información suficiente sobre la manera en que los pacientes se mantienen financieramente en la actualidad
- Copia de la declaración de impuestos federales más reciente
- Copia de la declaración de impuestos y salarios W2 más reciente
- Copia de la asignación de cupones de alimentos
- Prueba de la dificultad para el pago de las primas del mercado

Si el Departamento de Salud y Servicios Humanos del estado de New Hampshire le negó la cobertura al paciente, el paciente debe proporcionar una prueba de dicha denegación.

Las personas que no tienen la documentación mencionada anteriormente, que tienen preguntas sobre la política de asistencia financiera de CMC o que desean recibir 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 adjudicación de asistencia financiera a los candidatos elegibles de la siguiente manera:

- Una solicitud aprobada cubrirá las cuentas con fechas de servicio de hasta un año antes de la fecha de la solicitud.
- 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 y que reciban pagos del seguro social.
- Al vencimiento de los seis meses o del año en el caso de los pacientes mayores de 65 años y que reciban pagos del seguro social, el paciente debe volver a enviar su solicitud y proporcionar toda la documentación pertinente para conservar la asistencia financiera.

Medidas en el caso de falta de pago

Las medidas de cobro que CMC puede tomar si no se recibe una solicitud de asistencia financiera o un pago se describen en la Política de Facturación y Cobro. CMC hará ciertos esfuerzos para proporcionar a los pacientes información sobre nuestra política de asistencia financiera antes de tomar ciertas medidas para cobrar su factura ya sea por nuestra parte o por medio de nuestros representantes externos.

Los pacientes tienen 240 días a partir de la fecha de la primera factura para solicitar asistencia financiera. Se suspenderán todas las actividades de cobro durante 15 días para dar tiempo a que se envíe la solicitud completa 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. Si no se recibe la solicitud después de 15 días, se iniciarán las actividades de cobro.

Para obtener más información sobre los pasos que tomará CMC para informar a los pacientes sin seguro sobre nuestra política de asistencia financiera y las actividades de cobro que podemos llevar a cabo, consulte la Política de Facturación y Cobros de CMC. Puede solicitar una copia gratuita de esta política completa en persona, por correo al Departamento de Facturación de CMC (CMC Billing Department, 195 McGregor St., Manchester, New Hampshire, 03102), llamando al (603) 663-8772 o al (603) 663-6780, o en el sitio web www.catholicmedicalcenter.org.

Los pacientes preocupados por su capacidad para pagar por 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 al (603) 663-6780.