



## Catholic Medical Center

### Política de asistencia financiera y procedimientos

**Fecha de revisión: Enero de 2023**

#### Objetivo

De acuerdo con su misión de brindar servicios de salud y bienestar de alta calidad para la comunidad, el Catholic Medical Center y sus proveedores empleados (colectivamente, CMC) están comprometidos a brindar asistencia financiera a personas sin seguro o con seguro insuficiente que necesitan tratamiento de emergencia o necesario desde el punto de vista médico, pero que no tienen los medios financieros para pagar los servicios o saldos que son su responsabilidad.

Esta política busca cumplir con los requisitos de NH RSA 151:12-b, la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas, y la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio de 2010. De acuerdo con estos requisitos, no se le cobrará más por atención de emergencia o necesaria desde el punto de vista médico a cualquier paciente elegible para asistencia financiera conforme a la política de asistencia financiera del CMC o paciente sin seguro que el monto generalmente facturado (AGB) a los pacientes que sí cuentan con seguro.

#### Política

La asistencia financiera se da solo cuando se considera que la atención es de emergencia o necesaria desde el punto de vista médico, 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 primarias y secundarias del CMC. Puede extenderse a residentes fuera de estas áreas solo de forma limitada según el criterio del CMC por circunstancias extraordinarias, según se determine.

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

A los pacientes que buscan asistencia financiera se les puede pedir en primer lugar que soliciten programas de seguros públicos o privados, como Medicaid o seguros a través del mercado público, según corresponda, antes de intentar conseguir la elegibilidad conforme a esta política. Además, se puede alentar a cualquier paciente que no tenga seguro y que se crea que tiene la capacidad financiera para adquirir uno, a que lo haga para ayudar a garantizar la accesibilidad a la atención médica y el bienestar general.

Se notificará de manera escrita a los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que no califiquen para asistencia financiera. Si el paciente no recibe asistencia financiera, la cuenta se convertirá en una de autopago y seguirá las políticas de cobro estándar para todas las cuentas. Puede haber disponibilidad de opciones financieras adicionales para el pago, incluidos descuentos.

## Definiciones

- **Asistencia financiera:** Servicios de emergencia o necesarios desde el punto de vista médico prestados sin la expectativa de un pago completo por parte de pacientes que cumplan con los criterios establecidos por esta política.
- **Necesario desde el punto de vista médico:** Servicios hospitalarios y servicios prestados por el CMC a un paciente con el fin de diagnosticar, aliviar, corregir, curar o prevenir la aparición o el empeoramiento de condiciones que ponen en riesgo la vida, provocan sufrimiento o dolor, causan deformidad física o mal funcionamiento, amenazan con causar o agravar una discapacidad, o producen una enfermedad o dolencia general. Estos servicios se pueden dar tanto para pacientes hospitalizados como para pacientes ambulatorios.
- **Atención de emergencia:** Atención inmediata que es necesaria para evitar poner la salud del paciente en peligro grave, un deterioro grave de las funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
- **Atención de urgencia:** Atención necesaria desde el punto de vista médico para tratar afecciones médicas que no ponen en riesgo la vida de inmediato, pero que podrían provocar la aparición de una enfermedad o lesión, discapacidad, muerte o deterioro, o disfunción grave, si no se tratan dentro de las 12 a 24 horas.
- **Sin seguro:** Pacientes sin seguro o asistencia de terceros para ayudar a resolver su responsabilidad financiera con los proveedores de atención médica.
- **Con seguro insuficiente:** Pacientes con seguro cuyos costos médicos de bolsillo supondrían una gran carga financiera para ellos.
- **Monto generalmente facturado (AGB):** El monto neto que el CMC espera pagar al facturar a los pacientes con seguro por atención de emergencia o necesaria desde el punto de vista médico. Consulte "Determinación del monto de descuento" para saber cómo se determina este descuento.
- **Cargos brutos:** El monto total cobrado por el CMC por artículos y servicios antes de que se aplique cualquier descuento, asignación contractual o deducción.

## Procedimientos

### Elegibilidad

Los pacientes que no tienen seguro o que tienen un seguro insuficiente y cuentan con un ingreso familiar igual o menor al 300 % de las Pautas Federales de Pobreza (FPG), tal como se muestra en la tabla a continuación, pueden recibir atención caritativa según la política de asistencia financiera del CMC. Las personas que tengan ingresos familiares anuales entre el 226 % y el 300 % de las FPG calificarán para recibir un descuento caritativo de la parte de los cargos brutos del paciente. Las personas que tengan ingresos familiares anuales inferiores al 225 % de las FPG calificarán para recibir un descuento caritativo total de la parte de los cargos brutos del paciente.

## Propiedad del CMC/Confidencial

Actualizado el 19/1/23

Vigencia: del 1/4/2022 al 31/3/2023

		FPL: de 0 a 225 %		FPL: de 226 % a 250 %		FPL: de 251 % a 300 %	
		Nivel 1 (Descuento del 100 %)		Nivel 2 (Descuento del 90 %)		Nivel 3 (Descuento del 75 %)	
Tamaño de la familia	FPL: 100 %	Ingresos mensuales = o < que	Ingresos anuales = o < que	Ingresos mensuales = o < que	Ingresos anuales = o < que	Ingresos mensuales = o < que	Ingresos anuales = o < que
1	\$13,590.00	\$2,548.13	\$30,577.50	\$2,831.25	\$33,975.00	\$3,397.50	\$40,770.00

2	\$18,310.00	\$3,433.13	\$41,197.50	\$3,814.58	\$45,775.00	\$4,577.50	\$54,930.00
3	\$23,030.00	\$4,318.13	\$51,817.50	\$4,797.92	\$57,575.00	\$5,757.50	\$69,090.00
4	\$27,750.00	\$5,203.13	\$62,437.50	\$5,781.25	\$69,375.00	\$6,937.50	\$83,250.00
5	\$32,470.00	\$6,088.13	\$73,057.50	\$6,764.58	\$81,175.00	\$8,117.50	\$97,410.00
6	\$37,190.00	\$6,973.13	\$83,677.50	\$7,747.92	\$92,975.00	\$9,297.50	\$111,570.00
7	\$41,910.00	\$7,858.13	\$94,297.50	\$8,731.25	\$104,775.00	\$10,477.50	\$125,730.00
8	\$46,630.00	\$8,743.13	\$104,917.50	\$9,714.58	\$116,575.00	\$11,657.50	\$139,890.00
9	\$51,420.00	\$9,641.25	\$115,695.00	\$10,712.50	\$128,550.00	\$12,855.00	\$154,260.00
10	\$55,740.00	\$10,451.25	\$125,415.00	\$11,612.50	\$139,350.00	\$13,935.00	\$167,220.00
Sumar por persona adic.	\$4,720.00						

Propiedad del CMC/Confidencial

**ACTUALIZADO EL 1/4/2022**

La determinación de la elegibilidad para la asistencia financiera requerirá que los pacientes presenten una solicitud de asistencia financiera completa (incluida toda la documentación requerida por la solicitud) y puede requerir tener citas o conversaciones con los asesores financieros del hospital.

Al determinar la elegibilidad de los pacientes, el 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 supone 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 de la Comunidad Móvil del CMC al (603) 663-8718 o en persona en 199 Manchester St., Manchester, NH 03103 para conocer sus opciones. El Programa de Atención Médica para Personas sin Hogar verifica los ingresos mensuales y el estado del seguro de los pacientes al comienzo de cada visita. Se determina un cargo de tarifa nominal siguiendo las pautas de un programa de "Escala móvil de tarifas" que se basa en las Pautas Federales de Pobreza anuales.

Cómo calcular los montos que se cobran a los pacientes y determinar el monto de descuento de AGB

El CMC no cobrará a los pacientes que sean elegibles para asistencia financiera más por atención de emergencia o necesaria desde el punto de vista médico que los montos generalmente facturados a los pacientes con seguro. Los servicios elegibles para asistencia financiera incluyen atención de emergencia o de urgencia, servicios considerados necesarios desde el punto de vista médico por el CMC y, en general, atención que no es optativa y es necesaria para prevenir la muerte o efectos adversos para la salud del paciente. La determinación de qué servicios se consideran puramente optativos recae en el CMC. Los procedimientos cosméticos no están cubiertos por la política de asistencia financiera.

A los pacientes sin seguro que califican para recibir asistencia financiera no se les puede cobrar más del

monto generalmente facturado (AGB) a las personas que tienen un seguro que cubre la misma atención. La reducción del AGB al saldo del paciente se basa en las reglamentaciones 501(r) del IRS y se aplica únicamente a la atención de emergencia o necesaria desde el punto de vista médico. Esta reducción se calcula utilizando un método retrospectivo de 12 meses de reclamos pagados de la tarifa por servicio de Medicare 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 reclamos pagados.

Si tiene alguna pregunta o desea obtener información adicional sobre el cálculo del Hospital para el monto generalmente facturado (AGB), llame al (603) 663-8772 o al (603) 663-6780 y hable con uno de nuestros asesores financieros.

Una vez que se haya determinado que un paciente califica para recibir asistencia financiera de acuerdo con la política de asistencia financiera del CMC, el descuento determinado por el programa móvil mencionado anteriormente se aplica al saldo del paciente.

Los pacientes que paguen por su propia cuenta y que reciban atención de emergencia o necesaria desde el punto de vista médico en el CMC y que no estén aprobados para recibir asistencia financiera recibirán un descuento caritativo sobre los cargos brutos equivalente al AGB en el momento de la facturación. Este descuento no se aplica a ningún copago, coseguro o deducible.

### *Cómo solicitar la asistencia financiera*

La solicitud, la lista de proveedores cubiertos por la política de asistencia financiera del CMC y un resumen en lenguaje sencillo de la política se encuentran disponibles en los siguientes lugares:

- En las instalaciones, 195 McGregor St. 3rd Floor, Manchester, New Hampshire, 03102
- Por correo, si se solicita por teléfono al (603) 663-6922 o (603) 663-6780
- Por correo, si se solicita por envío postal: Departamento de facturación del CMC, 195 McGregor St., Manchester, New Hampshire, 03102
- En línea en [www.catholicmedicalcenter.org](http://www.catholicmedicalcenter.org)

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

Para ser considerados elegibles para recibir asistencia financiera, los pacientes deben cooperar con el hospital para explorar medios alternativos de asistencia si fuera necesario, incluidos Medicare, Medicaid y otros programas de intercambio de seguros privados, estatales o federales. Si el paciente se niega a solicitar o a continuar con una solicitud para un programa disponible, la solicitud de asistencia financiera del paciente será denegada de forma automática.

Con fines de determinar los activos disponibles, los activos incluyen, pero sin limitarse a: ahorros, pensión alimenticia, certificados de depósito, IRA, acciones, bonos, 401ks y fondos de inversión. Al calcular el monto de activos con el fin de calificar a un paciente para la atención caritativa, cada hogar puede tener (i) ahorros de hasta \$5,000 para individuos y \$10,000 para una familia, (ii) cuentas de jubilación (que incluyen acciones de IRA, bonos, 401ks y fondos de inversión) protegidas hasta \$100,000, equidad en una residencia principal protegida hasta \$200,000 para solicitantes de hasta 54 años y equidad en una residencia principal protegida de hasta \$250,000 para solicitantes de 55 años o más. Se requiere la documentación de todos los pagos de fondos fiduciarios y la capacidad de acceder a dichos fondos.

Los ingresos familiares incluyen salarios, compensaciones por desempleo, manutención infantil, cualquier obligación de apoyo médico, pensión alimenticia, ingresos del seguro social, pagos por discapacidad y cuentas de pensión o jubilación. Lo siguiente se excluye del ingreso familiar: fideicomisos irrevocables y planes de ahorro para la universidad administrados por el gobierno federal o estatal. Los fideicomisos irrevocables no pueden ser modificados o finalizados sin el permiso del beneficiario, y el otorgante no tiene derechos de propiedad.

Además de completar una solicitud, las personas deben estar listas para brindar la siguiente documentación:

- Dos extractos bancarios consecutivos completos
- Comprobante de ingresos del solicitante (y cónyuge, si corresponde), como, por ejemplo (2) talones de pago recientes, seguro de desempleo, beneficios de seguridad social, compensación por discapacidad, beneficios de pensión y beneficios de compensación laboral
- Manutención de los hijos pagada o recibida
- Información suficiente sobre cómo los pacientes se mantienen económicamente a sí mismos actualmente
- Copia de la declaración de impuestos federales más reciente
- Copia del formulario W2 más actual
- Copia de la asignación de cupones para alimentos
- Prueba de dificultad de pago de primas del mercado

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

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

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

- Una solicitud aprobada cubrirá cualquier cuenta con fechas de servicio de un año antes 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 solicitud, o 1 año a partir de la solicitud para pacientes mayores de 65 años que reciben pagos del Seguro Social.
- Al pasar seis meses, o 1 año en el caso de aquellos pacientes mayores de 65 años y que reciben pagos del Seguro Social, el paciente debe volver a presentar una solicitud y facilitar toda la documentación pertinente para continuar con el estado de asistencia financiera.

#### *Acciones en caso de falta de pago*

Las acciones de cobro que el CMC puede tomar si no se recibe una solicitud de asistencia financiera o el pago se describen en la Política de facturación y cobro. El CMC hará ciertos esfuerzos para dar información sobre nuestra política de asistencia financiera a los pacientes antes de que nosotros o los representantes de nuestra agencia externa tomemos ciertas medidas para cobrar su factura.

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

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

**Los pacientes preocupados por su capacidad para pagar los servicios o que deseen más información sobre la asistencia financiera del CMC pueden comunicarse con el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes al (603) 663-8772 y (603) 663-6780.**