

TÍTULO: Política de asistencia médica y pago anticipado de personas sin seguro	POLÍTICA NÚMERO: CHS-RMC-03	PÁGINA # 1 de 13
DEPARTAMENTO RESPONSABLE Finanzas	NIVEL DE PÓLIZA: CHS	ENTRADA EN VIGOR: 17/2/17
PREPARADO POR: Lisa Cilano, vicepresidenta de sistemas, Finanzas/CFO, Cuidados agudos, Finanzas	APROBADO POR: Jim Dunlop, vicepresidente ejecutivo de CHS, Finanzas/CFO, Finanzas, Bart Rodrigues, vicepresidente superior, Director General de Misiones, CHS Corporativo Junta de política operativa 14/12/2015	MSMH: 19/6/16
<p>Este documento no tiene la intención de crear, ni se debe interpretar que constituye un contrato entre CHS y cualquiera de sus Socios ya sea para por empleo o por la provisión de cualquier beneficio. Esta política reemplaza cualquier política anterior a la presente para cualquier organización de CHS y cualquier descripción de tales políticas en cualquier manual de dicha organización. El personal que no cumpla con esta política podría estar sujeto a medidas disciplinarias que inclusive pueden incluir el despido.</p>		

PROPÓSITO:

Definir y documentar la política y los procedimientos de Catholic Health en torno al anticipo y cobro de los pagos provenientes de pacientes sin seguro, incluida la provisión de asistencia médica. Todas las concesiones contempladas en el presente son parte del programa general de Catholic Health y son descuentos de atención de beneficencia.

APLICA A:

Esta política aplica a todos los ministerios y servicios de Catholic Health según lo define el siguiente ministerio.

Cuidados agudos:

Todos los pacientes sin seguro de Catholic Health que estén recibiendo tratamiento en una de las instalaciones de cuidados agudos de Catholic Health y que son residentes del estado de Nueva York, de un estado contiguo o del estado de Ohio, excluyendo los siguientes servicios:

- Servicios electivos y no médicamente necesarios,
- Servicios de atención a largo plazo (Sub-Agudos o Centro de enfermería especializada),
- Servicios prestados por médicos que no sean los servicios médicos de atención primaria de Catholic Health, y
- Suministros y equipos médicos.
- Los servicios médicos profesionales de los siguientes departamentos y especialidades podrían ser excluidos de esta política en una factura separada; Anestesia, Práctica familiar, Patología y clínica, Laboratorios, Cirugía vascular, Neurocirugía, Medicina de emergencia, Radiología, Podología, Obstetricia y ginecología, Pediatría, Cirugía, Medicina, Cirugía cardiotorácica, Cirugía de otorrinolaringología/cabeza y cuello, Cirugía ortopédica, Urología

Cuidado basado en la comunidad:

Todos los residentes de Catholic Health que reciben tratamiento en una de las instalaciones de atención a largo plazo de Catholic Health (en el hospital y fuera del hospital) sujetos a copagos o deducibles de seguro, podrían ser elegibles para recibir atención de beneficencia.

Atención médica domiciliaria:

Todos los pacientes que reciben servicios dentro de la división de Atención médica domiciliaria de Catholic Health (Agencias certificadas, Agencias autorizadas y Farmacia de infusión) podrían ser elegibles para recibir atención de beneficencia.

POLÍTICA:

La misión de Catholic Health es extender el ministerio de sanación de Jesús al mejorar la salud de nuestras comunidades con énfasis en las personas de pocos recursos. Lograr perpetuar nuestra misión para beneficiar las comunidades que servimos depende de nuestra administración profesional y ética de recursos. Una parte

TÍTULO: Política cobros y pago anticipado de personas sin seguro (incluyendo asistencia médica)

POLÍTICA NO. CHS-RMC-03

Página 2 de 13

de dicha administración implica garantizar que recibamos el reembolso adecuado por los servicios que proporcionamos.

La política de Catholic Health es garantizar una práctica socialmente responsable al anticipar el pago de todos los pacientes que reciben atenciones en cualquiera de nuestras instalaciones. Se espera que los pacientes que reciben servicios en Catholic Health pagarán por los servicios prestados según las tarifas de servicios electivos y no médicamente necesarios, las tarifas para personas sin seguro, las tarifas gestionadas por un tercero pagador o reguladas por una agencia gubernamental. Esta Política está diseñada específicamente para atender a aquellos pacientes que no tienen seguro y que requieren atención de una de las instalaciones dentro de Catholic Health.

Se mantendrá la confidencialidad de la información y la dignidad individual de todas aquellas personas que soliciten consideración por la asistencia médica o a quienes se les otorgue alguna concesión en virtud de esta política. La asistencia médica se otorgará a pacientes sin seguro basándose únicamente en sus recursos financieros y capacidad de pago, y no se limitará en función de edad, sexo, raza, religión o país de origen.

Catholic Health podría remitir a un individuo a programas o servicios alternativos dentro de la comunidad del paciente, siempre que la remisión sea médicamente apropiada, siga todas las leyes federales y estatales aplicables en el estado de Nueva York, como EMTALA, y no imponga una carga excesiva al paciente o a la familia del paciente. Catholic Health ayudará a dichos pacientes a ubicar fuentes alternativas de pago para los servicios referidos. Dichas remisiones apropiadas permitirán a las instalaciones de Catholic Health proporcionar el nivel máximo de servicios necesarios de asistencia médica dentro de los límites de los recursos.

Las personas elegibles no serán cobradas un monto por encima del «monto generalmente facturado» (AGB, por sus siglas en inglés) a personas aseguradas, por los cuidados de emergencia u otras atenciones médicamente necesarias. El AGB se basa en la menor de las tasas de Medicaid del año actual para los cargos o instalaciones aplicables de Catholic Health System.

A su entera discreción, Catholic Health puede tratar de ayudar a los pacientes intentando obtener beneficios de atención médica para los que el paciente podría ser elegible, incluyendo, entre otros, Medicaid. La solicitud de tales beneficios de atención médica no será, bajo ninguna circunstancia, requisito de elegibilidad bajo esta política de asistencia médica.

Definiciones:

«**Saldo después del seguro**» ~ los saldos después del pago del seguro que recaen sobre el paciente o el garante del paciente. Estos saldos incluyen, entre otros, copagos, deducibles y coaseguro. Los Saldos después del seguro también incluyen atenciones médicamente necesarias que el seguro del paciente se niegue a pagar.

«**Concesión de saldo después del seguro**» ~ para los pacientes con seguro, pero sin la capacidad financiera para pagar los Saldos después del seguro, las Concesiones de saldo después del seguro están disponibles en base a la escala variable que se incluye en el **Anexo C**.

– Concesiones de saldo después del seguro. Los procedimientos especificados en la sección; Procedimientos, Cuidados agudos, 4. Después de las Concesiones de saldo después del seguro, se deben seguir los Procedimientos para ser elegibles para esta concesión.

«**Monto generalmente facturado (AGB)**» ~el AGB para atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria provista a personas que tienen un seguro que cubre dicha atención, lo cual se puede determinar por medio de varios métodos descritos en la sección 501 (r) del código de rentas internas.

TÍTULO: Política cobros y pago anticipado de personas sin seguro (incluyendo asistencia médica)

POLÍTICA NO. CHS-RMC-03

Página 3 de 13

«**Deudas incobrables**» ~ con respecto a la cuenta de un paciente, cualquier monto no cobrado y considerado incobrable, por la falta de voluntad de un paciente para pagar después de haber realizado los esfuerzos de cobro apropiados, diligentes y repetidos, se considera una deuda incobrable. Los saldos de cuenta serán elegibles para considerarse como deudas incobrables únicamente tras haberse proporcionado todas las concesiones definidas en esta política.

«**Proceso de cargos**» ~ los cargos que representan honorarios por servicios prestados a cada paciente, se aplican a cada cuenta de paciente individual en función de los servicios provistos en cada encuentro. Los cargos habituales incluyen la evaluación y manejo en la sala de emergencias, los cargos por radiografías de una torcedura de tobillo, o los cargos diarios por concepto de habitación por los encuentros de los pacientes hospitalizados. El monto cobrado por cada servicio es coherente para todos los pacientes, independientemente del tipo de pago anticipado, por ejemplo, seguro, Medicaid, responsabilidad del paciente.

«**Concesiones contractuales**» ~ son las diferencias entre el monto facturado a las tarifas establecidas del proveedor y el monto recibido o que se recibirá de terceros pagadores en base a una tasa negociada por medio de un acuerdo contractual. La concesión contractual se aplica a la cuenta de paciente de cualquier paciente cuya atención esté cubierta por algún tercero pagador en particular.

«**Garante**» ~ significará la persona que tendrá la responsabilidad financiera del cuidado médico del paciente, y podría ser el mismo paciente o el padre/madre de un paciente menor de edad.

«**Programa de asistencia médica (HAP, por sus siglas en inglés)**» ~ es parte del programa de atención de beneficencia de Catholic Health establecido para la provisión de una concesión del programa de asistencia médica para los pacientes sin seguro que carecen de los recursos financieros necesarios para obtener atención médica, y se otorga en base a las necesidades que extienden más allá de la concesión normal para personas sin seguro, que se presta a toda persona sin seguro, incluyendo a los pacientes que no califican para recibir HAP. El programa se establece y se ejecuta de manera compasiva y profesional, de acuerdo con todas las leyes y reglamentos federales y del estado de Nueva York.

«**Concesiones del Programa de asistencia médica (HAP)**» ~ son el conjunto potencial de concesiones que están disponibles para el paciente sin seguro, para cuentas no aseguradas, según la capacidad de pagar los servicios médicos y los recursos financieros del garante de dicho paciente. Las concesiones estarán disponibles para todos los pacientes sin seguro cuyos ingresos familiares se estimen por debajo de 501% del monto aplicable de la Guía Federal de Pobreza, y que tengan un puntaje PARO por debajo de 695. Los cargos por servicios de atención médica provistos a pacientes que califican para las Concesiones HAP podrían ajustarse a través de dos concesiones independientes, la Concesión HAP fija y la Concesión HAP adicional. La Concesión HAP fija se basa en un contrato para personas sin seguro basado en el Reembolso de Medicaid. Cada cuenta también está potencialmente sujeta a una Concesión HAP adicional basada en una escala variable por la capacidad para pagar de cada garante del paciente, según lo medido a través de una prueba de medios objetivos que se aplica a todos los pacientes sin seguro. Esta concesión adicional se proporciona a pacientes sin seguro con ingresos familiares estimados por debajo de 201% del monto aplicable de la Guía Federal de Pobreza, y que tengan un puntaje PARO por debajo de 695.

«**Medicamento indigente**» - se refiere a los pacientes que se determina sean incapaces pagar todos o algunos de los montos adeudados por servicios de atención médica debido a que los montos adeudados superan su capacidad de pago, incluso cuando tengan ingresos o bienes que por lo contrario exceden los límites generales de elegibilidad para la Concesión para personas sin seguro, Concesión HAP o Saldo después del seguro. Los pacientes médicamente indigentes recibirán ajustes a través del proceso de apelaciones mencionado en el **Anexo B**.

TÍTULO: Política cobros y pago anticipado de personas sin seguro (incluyendo asistencia médica)

POLÍTICA NO. CHS-RMC-03

Página 4 de 13

«**Gastos-reducidos Medicaid**» - cuando se solicitan los beneficios de Medicaid, se requiere que ciertos garantes paguen una parte de sus gastos médicos antes de que puedan recibir los beneficios de Medicaid. Esta situación se conoce como «Gastos-reducidos Medicaid», ya que el garante debe «reducir» una cantidad específica de bienes antes de recibir los beneficios. Los garantes en esta situación no serán elegibles para recibir asistencia médica hasta que se haya agotado el monto de Gastos-reducidos Medicaid especificado por la supervisión estatal de Medicaid correspondiente.

«**Tarifas de servicios electivos y no médicamente necesarios**» ~ son tarifas establecidas para servicios que no son médicamente necesarios y de carácter electivo. Estos servicios incluyen la cirugía estética u otros servicios no médicamente necesarios que incluyen, entre otros, la solicitud de servicios de habitaciones privadas. Las clases de educación para el parto se brindan de forma gratuita para todos los pacientes cubiertos por Medicaid que sean indicados para recibir este servicio.

PARO Score™ ~ PARO™ es una herramienta de análisis financiero desarrollada y administrada por PARO *Financial Counselling Solutions* que utiliza hasta 200 puntos de información disponible públicamente para estimar la necesidad de asistencia médica de una persona. La herramienta utiliza la información proporcionada por cada persona cuando se registra para desarrollar una puntuación PARO, que se desarrolla de manera similar a la puntuación FICO (Fair Isaac Corporation Credit), pero se usa para evaluar la necesidad que tiene la persona para recibir asistencia médica. Catholic Health utiliza esta puntuación como parte de la prueba de medios para recibir asistencia médica.

«**Paciente**» ~ significará aquellas personas que reciben atención en una de las instalaciones de Catholic Health.

«**Elegibilidad presunta**» ~ es el proceso por medio del cual el hospital podría usar decisiones de elegibilidad previas y/o información de fuentes distintas a la misma persona para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera.

«**Cuenta de persona sin seguro**» ~ es la cuenta de paciente de cualquier paciente sin seguro como se define a continuación.

«**Concesión para personas sin seguro**» ~ es la concesión que está disponible para las cuentas de pacientes «sin seguro», según la capacidad para pagar los servicios médicos y los recursos financieros del garante de dicho paciente. La concesión para personas sin seguro estará disponible para pacientes sin seguro con ingresos familiares superiores al 500% de la Guía Federal de Pobreza. Esta concesión se desarrollará en función del uso de las tarifas para personas sin seguro.

«**Pacientes sin seguro**» ~ se definen como todos los pacientes que no tienen seguro y que no califican para ningún seguro de médico gubernamental, beneficio de salud gubernamental, o póliza, plan o programa de seguro de médico privado que proporcione cobertura para cualquiera de los servicios de atención médica prestados.

«**Pacientes con seguro insuficiente**» ~ para fines de esta política, el término Pacientes con seguro insuficiente se referirá a las personas que tienen seguro médico pero que han agotado sus beneficios y que, efectivamente, carecen de cobertura de seguro adicional para los servicios de atención médica prestados. En tales casos, y en el momento en que el paciente haya agotado completamente sus beneficios de seguro médico aplicables, un paciente con seguro insuficiente se considerará paciente sin seguro, para los fines de esta política. Los pacientes con seguro insuficiente podrían ser elegibles para recibir concesiones de asistencia médica o una concesión para personas sin seguro, según sus recursos disponibles y capacidad para pagar los servicios de atención médica que reciban de cualquiera de las instalaciones de Catholic Health, según se define en la política.

«**Tarifas para personas sin seguro**» ~ después de la solicitud de la evaluación de los medios objetivos, se espera que los pacientes que se considera que tienen la capacidad de pagar, paguen los

TÍTULO: Política cobros y pago anticipado de personas sin seguro (incluyendo asistencia médica)

POLÍTICA NO. CHS-RMC-03

Página 5 de 13

servicios de atención médica según las Tarifas para personas sin seguro establecidas por Catholic Health. Estas Tarifas para personas sin seguro son específicas dependiendo del servicio y se establecen de acuerdo con los métodos y tarifas de terceros pagadores que sean la preferencia de Catholic Health. El resultado es un pago anticipado similar a los anticipados de pacientes cubiertos por terceros aseguradores.

RESPONSABILIDADES:

Todos los asociados de Catholic Health tienen la responsabilidad de estar familiarizados con esta política y procedimientos. Los siguientes tienen responsabilidades adicionales:

Los *asociados de acceso para pacientes* son responsables de garantizar que el proceso definido y documentado en esta política se siga para el registro/ingreso de pacientes sin seguro, incluyendo completar la solicitud de HAP.

Los *asociados de servicios financieros para pacientes* son responsables de garantizar que el proceso definido y documentado en esta política se siga para las solicitudes de concesiones para Saldo después del seguro, para personas sin seguro, para HAP fijo y para HAP adicionales para cuentas designadas de pacientes y manejo de preguntas y solicitudes de apelación de pacientes y garantes de pacientes.

El *director de inteligencia clínica y comercial* es responsable del mantenimiento continuo de esta política y procedimiento, del cálculo semanal de las concesiones para personas sin seguro, HAP fijo y HAP adicional, y de actualizar las escalas variables de concesiones basadas en cambios del nivel de pobreza federal.

CÁLCULOS E INFORMES:

Los informes periódicos de volúmenes de cuentas de personas sin seguro y las concesiones provistas bajo esta política estarán disponibles a través de los mecanismos regulares para presentar informes de Inteligencia clínica y comercial.

NIVEL DE REVISIÓN:

Esta política se revisará anualmente para garantizar el cumplimiento de los reglamentos pertinentes a nivel estatal y federal y cualquier cambio en el proceso o metodología operativa de Catholic Health.

PROCEDIMIENTO:

Cuidados agudos:

1. Expectativas generales del procedimiento:
 - a. Todas las prácticas de reembolso y cobranza en los que estén implicados y que sean observados por los empleados, contratistas y agentes de Catholic Health, reflejarán el compromiso de Catholic Health con la reverencia por la dignidad humana individual, el bien común y nuestra especial preocupación y solidaridad con las personas pobres y desfavorecidas.
 - b. Sus empleados, contratistas y agentes se comportarán de manera que refleje las políticas y los valores de Catholic Health, incluyendo tratar a los pacientes y familias con dignidad, respeto y compasión.
 - c. Al momento del ingreso, a los pacientes se les ofrece, y reciben, acceso inmediato a la información de cobros por cualquier artículo o servicio que se les proporcione a petición.
 - d. Los pacientes y sus parientes reciben información sobre las políticas de Catholic Health, incluyendo el Programa de asistencia médica y la disponibilidad de asistencia financiera basada en las necesidades de cada persona, en términos fácilmente comprensibles y en cualquier idioma que los pacientes de la comunidad usen comúnmente.

TÍTULO: Política cobros y pago anticipado de personas sin seguro (incluyendo asistencia médica)

POLÍTICA NO. CHS-RMC-03

Página 6 de 13

- e. A los pacientes que no califiquen para recibir la asistencia del Programa de asistencia médica, pero quienes necesiten asistencia financiera, se les ofrece condiciones de pago extendidas razonables, habituales y apropiadas u otras opciones de pago razonables y habituales que tomen en cuenta el estado financiero del paciente.
 - f. Se busca cobrar los saldos pendientes en las cuentas de los pacientes de manera justa y consistente, de modo que se reflejen los valores y compromisos de una instalación patrocinada por católicos.
 - g. Hay consejeros financieros disponibles para ayudar a todos los pacientes.
 - h. La información sobre la asistencia financiera disponible para los pacientes, incluyendo, entre otros, el Programa de asistencia médica, se publica en las áreas de ingreso y registro, incluyendo el Departamento de emergencias.
 - i. La información dada y disponible para los pacientes estará en los idiomas principales de los pacientes atendidos por Catholic Health. Un resumen de dicha información y políticas estará disponible para los pacientes que lo soliciten.
2. Aviso de asistencia médica:
- a. Catholic Health proporcionará a los pacientes sin seguro, en el momento del registro o ingreso, un resumen escrito combinado de HAP y de la solicitud HAP. Hay una copia de la misma en el Anexo A de esta política. Todos los pacientes que se presenten para recibir atenciones no excluidas de HAP recibirán Concesiones para personas sin seguro, o bien, Concesiones HAP según el siguiente proceso establecido.
3. Decisión de asistencia médica:
- a. HAP se implementará de manera que siga todas las leyes, normas y reglamentos federales y estatales de Nueva York.
 - b. La evaluación de la capacidad de pagar de un paciente sin seguro se basa en una decisión presuntiva, objetiva y de buena fe sobre la necesidad financiera, siendo la prueba de medios algo que se aplicará a todos los pacientes sin seguro de la misma manera y que tomará en cuenta, como mínimo, todos los ingresos, todas las fuentes de ingreso, el costo local de la vida y el tamaño de la familia. También se podrían tomar en cuenta otras consideraciones financieras, que incluyen, entre otras, otras obligaciones de atención médica y la magnitud de las facturas médicas del paciente.
 - Los pacientes sin seguro con niveles de ingresos por debajo del 200% del nivel de pobreza federal y un puntaje PARO Score™ por debajo de 695, serán elegibles para recibir 100% de la concesión de asistencia médica.
 - Los pacientes sin seguro con niveles de ingresos entre el 201% y 500% del nivel de pobreza federal y un puntaje PARO Score™ por debajo de 695, serán elegibles para recibir un descuento por asistencia médica porcentual y un descuento HAP fijo basado en la escala variable incluida como **Anexo C** a esta Política.
 - Los pacientes sin seguro con niveles de ingresos superiores al 500% del nivel federal de pobreza o un puntaje PARO Score™ mayor que 694, serán elegibles para recibir una Concesión para personas sin seguro basada en cálculos específicos del servicio utilizando los cargos y servicios específicos de la cuenta y las tarifas para personas sin seguro aplicables.
 - c. La elegibilidad para recibir asistencia financiera a través del HAP se debe establecer durante el primer ciclo de facturación tras la prestación de los servicios de atención médica. Sin embargo, la decisión se puede tomar en cualquier momento del ciclo de ingresos de la cuenta del paciente.

TÍTULO: Política cobros y pago anticipado de personas sin seguro (incluyendo asistencia médica)

POLÍTICA NO. CHS-RMC-03

Página 7 de 13

- d. Se ha establecido un proceso de apelación, que se detalla en el **Anexo B**. El proceso de apelación estará disponible para todos los pacientes sin seguro a quienes se les niegue la asistencia HAP y que no estén de acuerdo con dicha denegación. Este proceso de apelación también está disponible para aquellas personas que reciben descuentos HAP en cantidades menores de lo esperado.
4. Concesiones de saldo después del seguro
- a. Las personas que soliciten Concesiones de saldo después del seguro deben presentar una declaración escrita detallando su situación financiera y la cantidad de miembros en su hogar. La declaración debe estar firmada y fechada. Además, la solicitud también debe proporcionar, según corresponda, uno de los siguientes:
- Copia firmada de su declaración de impuestos federales más reciente
 - Copias de sus últimos tres talones de pago
 - Copias de sus últimos tres talones de pago de desempleo
 - Copias de sus dos últimas declaraciones de pago de Seguridad Social
 - Una declaración firmada y notariada que verifique que no hay fuentes de ingresos
- b. Según la información financiera proporcionada y la cantidad de miembros en el hogar, se otorgará una concesión de acuerdo a la escala variable de Saldo después del seguro correspondiente al año aplicable, que se incluye en el **Anexo C**.
- c. Las solicitudes para las Concesiones de saldo después del seguro están sujetas a todas las secciones aplicables de esta política, incluyendo el **Anexo B** - Apelación de decisiones de asistencia médica:
5. Prácticas de cobro: Consulte la Política CHS-RMC-08 de facturación y cobros
- a. Una cuenta de paciente sin seguro no se enviará a una agencia de cobros si el paciente ha completado una solicitud o apelación para el Programa de asistencia médica y está esperando una respuesta o decisión.
- b. La venta forzosa o ejecución hipotecaria de la residencia principal de un paciente sin seguro, con el fin de liquidar una cuenta de paciente, estará prohibido para todos los servicios, con excepción de los servicios de Cuidado basado en la comunidad.
- c. Los pacientes sin seguro que participan en HAP deben ser notificados al menos treinta (30) días antes de que su cuenta se envíe a una agencia de cobros.
- d. Todas las agencias de cobros que prestan servicios a las cuentas de Catholic Health deben obtener el consentimiento escrito de Catholic Health antes de iniciar cualquier acción legal implicando a alguna cuenta de paciente.
- e. Todas las agencias de cobros deben aceptar, por escrito, seguir todas las políticas y procedimientos de Catholic Health sobre cobros y pago anticipado de personas sin seguro.
- f. La administración es responsable de garantizar que todas las políticas de cobros estén de acuerdo con la Ley sobre Prácticas Justas en el Cobro de Deudas federal y con todas las leyes aplicables en el estado de Nueva York.
- g. Todas las agencias de cobros deben proporcionar información a los pacientes sobre cómo solicitar la Asistencia médica o apelar una decisión de Asistencia médica que no haya cumplido con sus expectativas.
- h. Se prohíbe a todas las agencias de cobros cobrar a cualquier paciente que hubiera sido elegible para recibir Medicaid en el momento en que se prestaron los servicios.

TÍTULO: Política cobros y pago anticipado de personas sin seguro (incluyendo asistencia médica)

POLÍTICA NO. CHS-RMC-03

Página 8 de 13

6. Capacitación:

- a. Se proporcionará capacitación anual obligatoria sobre las políticas y procedimientos de Catholic Health en cuanto a cobros y pago anticipado de personas sin seguro y sobre su programa de asistencia de médica, al personal de servicios financieros para pacientes y registros/ingresos.

7. Mantenimiento de registros:

- a. Catholic Health mantendrá un registro identificando los descuentos de asistencia médica otorgados a cada individuo. Catholic Health mantendrá todas las solicitudes y decisiones por un período no inferior a seis (6) años a partir de la fecha de solicitud.

Cuidado basado en la comunidad:

1. Concesiones de saldo después del seguro

- a. Las personas que soliciten concesiones de saldo después del seguro deben presentar una declaración escrita detallando su situación financiera y la cantidad de miembros en su hogar. La declaración debe estar firmada y fechada. Además, la solicitud también debe proporcionar, según corresponda, uno de los siguientes:
 - Copia firmada de su declaración de impuestos federales más reciente
 - Copias de sus últimos tres talones de pago
 - Copias de sus últimos tres talones de pago de desempleo
 - Copias de sus dos últimas declaraciones de pago de Seguridad Social
 - Una declaración firmada y notariada que verifique que no hay fuentes de ingresos
- b. Según la información financiera proporcionada y la cantidad de miembros en el hogar, se otorgará una concesión de acuerdo a la escala variable de Saldo después del seguro correspondiente al año aplicable que se incluye en el **Anexo C**.
- c. Las solicitudes para las Concesiones de saldo después del seguro están sujetas a todas las secciones aplicables de esta política, incluyendo el **Anexo B** - Apelación de decisiones de asistencia médica:
- d. Si no se proporciona toda la documentación requerida, se denegará automáticamente la solicitud. Las solicitudes son válidas por la duración del ingreso correspondiente.

Atención médica domiciliaria:

1. Aviso de asistencia médica:

- a. Las solicitudes de Catholic Health Home Care (atención médica domiciliaria) se entregan a los pacientes en las instalaciones de Catholic Health antes de recibir el alta de las instalaciones. Catholic Health Home Care también envía cartas a los pacientes de Atención domiciliaria con sus facturas, notificándoles del programa HAP.

2. Decisión de asistencia médica:

- a. El Gerente de cuentas de pacientes recibe todas las Solicitudes de asistencia de atención domiciliaria y toma una decisión objetiva y de buena fe sobre la necesidad financiera en función

TÍTULO: Política cobros y pago anticipado de personas sin seguro (incluyendo asistencia médica)

POLÍTICA NO. CHS-RMC-03

Página 9 de 13

de los siguientes criterios: ingresos, costo de la vida, tamaño de la familia y otras consideraciones financieras.

- Los pacientes con niveles de ingresos que se estima sean menores o iguales al 175% de la pobreza federal, serán elegibles para recibir 100% de la concesión de asistencia médica.
- Los pacientes con niveles de ingresos entre el 176% y 500% del nivel de pobreza federal, serán elegibles para recibir un descuento por asistencia médica porcentual y un descuento HAP fijo basado en la escala variable.
- Los pacientes con niveles de ingresos superiores al 500% del nivel de pobreza federal, no calificarán para recibir el descuento HAP.

b. Todos los pacientes que soliciten HAP recibirán una carta de denegación o bien, una carta de aceptación de parte del gerente de cuentas de pacientes.

3. Mantenimiento de registros:

Catholic Health Home Care mantendrá un registro identificando los descuentos de asistencia médica otorgados a cada individuo. Catholic Health mantendrá todas las solicitudes y decisiones por un período no inferior a seis (6) años a partir de la fecha de solicitud.

Anexo A: Solicitud del programa de asistencia médica para instalaciones de cuidados agudos

Resumen de la solicitud del programa de asistencia médica

El Programa de asistencia médica de Catholic Health ofrece descuentos a los pacientes según las necesidades. Además, podemos ayudarlo a solicitar un seguro gratuito o de bajo costo. Por favor comuníquese con el Departamento de liquidación financiera al 716-601-3600 para recibir asistencia gratuita y confidencial.

¿Quién califica para recibir asistencia médica?

Se ofrece asistencia médica a los pacientes de Catholic Health que estén recibiendo tratamiento en una de las instalaciones de cuidados agudos de Catholic Health y que son residentes del estado de Nueva York, de un estado contiguo o del estado de Ohio, y que no tiene seguro, según una escala variable basada en los ingresos.

Todas las personas en el estado de Nueva York que necesiten servicios de emergencia pueden recibir atención y obtener un descuento, si no tienen seguro médico.

Todas las personas que viven en el estado de Nueva York pueden obtener un descuento por los servicios médicamente necesarios que no sean de emergencia en las instalaciones de cuidados agudos de Catholic Health, si no cuentan con seguro médico. No se le negará atención médicamente necesaria porque necesite asistencia financiera.

Puede solicitar un descuento independientemente de la condición de inmigrante.

¿Puede alguien explicarme el Programa? ¿Puede alguien ayudarme con la solicitud?

Si no tiene seguro y necesita recibir atención en una de las instalaciones de cuidados agudos de Catholic Health, un empleado de registro le ayudará a solicitar asistencia mientras se esté registrando. También puede presentar una solicitud más adelante comunicándose con Servicio al cliente al 601-3600. Puede presentar la solicitud en cualquier momento, pero se prefiere que la presente hoy.

Si no habla inglés, alguien le ayudará en su propio idioma.

No recibirá una factura hasta que se tramite su solicitud. Si cree que recibió una factura antes de haberse tramitado su solicitud, por favor no envíe ningún pago. En cambio, comuníquese con el Departamento de liquidación financiera al 716-601-3600 para analizar sus inquietudes.

Proceso de cargos

Los cargos que representan honorarios por servicios prestados a cada paciente, se aplican a cada cuenta de paciente individual en función de los servicios provistos en cada encuentro. Los cargos habituales incluyen la evaluación y manejo en la sala de emergencias, los cargos por radiografías de una torcedura del tobillo, o los cargos diarios por concepto de habitación por los encuentros de los pacientes hospitalizados. El monto cobrado por cada servicio es coherente independientemente del tipo de pago anticipado, por ejemplo, seguro, Medicaid, responsabilidad del paciente.

Solicitud

Por favor marque la casilla delante de cada enunciado a continuación que le aplica a usted. Marcar la casilla delante de las tres casillas, automáticamente iniciará el proceso de solicitud de asistencia médica para usted. No completar esta solicitud, **no** lo excluirá para el Programa de asistencia médica.

- No tengo ningún tipo de cobertura de seguro médico, Medicare o Medicaid.
- No tengo la capacidad de pagar los servicios que Catholic Health me va a proporcionar.
- Me gustaría ser considerado para el Programa de asistencia médica.

Escriba su nombre en letra de molde: _____

Firme su nombre: _____ Fecha: _____

Anexo B - Apelación de decisiones de asistencia médica

Derecho de apelación de los solicitantes - se ha establecido un procedimiento de apelación que cubrirá el desacuerdo y/u objeción por parte del solicitante a denegaciones de asistencia médica y/o aprobaciones de asistencia médica que puedan por menos de la asistencia total o menos de lo esperado. Ese procedimiento llamado «Proceso de apelación por denegación de asistencia médica» es el siguiente:

Como parte de cada aviso de decisión por escrito, los solicitantes serán informados de la siguiente manera:

Si no está de acuerdo o se opone a la decisión de Catholic Health con respecto a su solicitud de asistencia médica, puede solicitar que se revise la decisión. Se puede solicitar una revisión en persona o por teléfono con el gerente de liquidación financiera de Catholic Health. Para las solicitudes telefónicas, comuníquese con la Oficina de servicio al cliente de Catholic Health al 716-601-3600. Para hacer una solicitud en persona, la Oficina de liquidación financiera de Catholic Health está ubicada en:

Catholic Health Administrative and Training Center
144 Genesee Street, 3rd Floor
Buffalo, NY 14203

Si después de revisar la decisión con el gerente de liquidación financiera de Catholic Health u otros miembros del personal designados, usted no está satisfecho, puede solicitar una apelación final de la decisión. Tendrá derecho a una reevaluación completa de su solicitud y a una decisión de su apelación por escrito dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de la apelación.

Proceso de apelación final

Como parte del proceso de apelación, se le pedirá al solicitante que presente documentación del estado financiero, incluyendo, entre otros, sus últimos cuatro talones de pago, sus formularios W2 de los últimos dos años y/o SSA-1099. Estos documentos y otros proporcionados se usarán durante el proceso de apelación. El gerente de liquidación financiera revisará todas las apelaciones finales y comprobará el motivo de tal apelación. Además, el gerente de liquidación financiera presentará otros factores que puedan ser pertinentes a la apelación, independientemente de si esos factores puedan o no ocasionar una decisión a favor del solicitante.

El gerente de liquidación financiera volverá a evaluar la solicitud del solicitante que apela de acuerdo con los requisitos del programa de asistencia médica de Catholic Health.

Los resultados de esa re-evaluación se comunicarán al solicitante por escrito dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de la apelación o tan pronto como sea posible.

El director financiero (CFO) de Catholic Health podría solicitar una revisión de la apelación con o por el Director Ejecutivo de las instalaciones de Catholic Health, en caso de existir circunstancias no cubiertas de manera explícita o implícita por los criterios o procedimientos del Programa de asistencia médica de Catholic Health.

Se enviará al solicitante, por correo, una decisión final de la apelación por escrito firmada por la parte o las partes que tomaron la decisión, dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de la apelación.

TÍTULO: Política cobros y pago anticipado de personas sin seguro (incluyendo asistencia médica)

POLÍTICA NO. CHS-RMC-03

Página 12 de 13

Decisión de apelación final

Exceptuando las circunstancias extraordinarias, como información adicional o revisada que afectaría la decisión original recibida después de la fecha de la decisión de la apelación final), todas las decisiones dictadas en apelaciones serán definitivas.

La notificación escrita de la decisión de una apelación final no contendrá ningún aviso adicional de derecho a revisión o a apelación adicional.

Anexo C:

Actualizado según el registro federal/Vol. 8, No. 19/ jueves, 31 de enero de 2017

% Federal Poverty Level	FAMILY SIZE										HealthCare Assistance Discount
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Less Than 200%	< 24,120	< 32,480	< 40,740	< 49,200	< 57,560	< 65,920	< 74,280	< 82,640	< 91,000	< 99,360	100 % of balance after Fixed HAP Discount
200%	24,120	32,480	40,840	49,200	57,560	65,920	74,280	82,640	91,000	99,360	100% of balance after Fixed HAP Discount
210%	25,326	34,104	42,882	51,660	60,438	69,216	77,994	86,772	95,550	104,328	90% of balance after Fixed HAP Discount
220%	26,532	35,728	44,924	54,120	63,316	72,512	81,708	90,904	100,100	109,296	80% of balance after Fixed HAP Discount
230%	27,738	37,352	46,966	56,580	66,194	75,808	85,422	95,036	104,650	114,264	70% of balance after Fixed HAP Discount
240%	28,944	38,976	49,008	59,040	69,072	79,104	89,136	99,168	109,200	119,232	60% of balance after Fixed HAP Discount
250%	30,150	40,600	51,050	61,500	71,950	82,400	92,850	103,300	113,750	124,200	50% of balance after Fixed HAP Discount
260%	31,356	42,224	53,092	63,960	74,828	85,696	96,564	107,432	118,300	129,168	40% of balance after Fixed HAP Discount
270%	32,562	43,848	55,134	66,420	77,706	88,992	100,278	111,564	122,850	134,136	30% of balance after Fixed HAP Discount
280%	33,768	45,472	57,176	68,880	80,584	92,288	103,992	115,696	127,400	139,104	20% of balance after Fixed HAP Discount
290%	34,974	47,096	59,218	71,340	83,462	95,584	107,706	119,828	131,950	144,072	15% of balance after Fixed HAP Discount
300%	36,180	48,720	61,260	73,800	86,340	98,880	111,420	123,960	136,500	149,040	10% of balance after Fixed HAP Discount
350%	42,210	56,840	71,470	86,100	100,730	115,360	129,990	144,620	159,250	173,880	5% of balance after Fixed HAP Discount
400%	48,240	64,960	81,680	98,400	115,120	131,840	148,560	165,280	182,000	198,720	Fixed HAP Discount*
450%	54,270	73,080	91,890	110,700	129,510	148,320	167,130	185,940	204,750	223,560	Fixed HAP Discount*
500%	60,300	81,200	102,100	123,000	143,900	164,800	185,700	206,600	227,500	248,400	Fixed HAP Discount*
Over 500%	> 60,300	>81,200	> 102,100	> 123,000	> 143,900	> 164,800	> 185,700	> 206,600	> 227,500	> 248,400	Self Pay Discount**

POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO
TÍTULO: Política cobros y pago anticipado de personas sin seguro (incluyendo asistencia médica)

POLÍTICA NO. CHS-RMC-03

Página 13 de 13

FECHA DE INICIO: 1/1/2014

REEMPLAZA A (si aplica) NA

	Fecha/ Iniciales	Fecha/ Iniciales	Fecha/ Iniciales	Fecha/ Iniciales	Fecha/ Iniciales	Fecha/ Iniciales	Fecha/ Iniciales	Fecha/ Iniciales
REVISADO EL:	4 de febrero de 2014 SRK	29 de enero de 2015 SRK	1 de diciembre de 2015 LS					
MODIFICADO EL:	4 de febrero de 2014 SRK	29/1/15 SRK	1 de diciembre de 2015 SRK	2 de febrero de 2016 BB	24 de marzo de 2016 BB	2 de marzo de 2017 BB		

APROBACIÓN CSC/OPC: 14/12/15, 30/3/16

REFERENCIAS: NA