

POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO

TÍTULO: Política de asistencia para la atención médica y pago esperado para pacientes sin seguro	NÚMERO DE POLÍTICA: CHS-RMC-03	PÁGINA N.º 1 de 7
DEPARTAMENTO RESPONSABLE: Finanzas	NIVEL DE POLÍTICA: CHS	FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 5/1/2022
ELABORADO POR: Craig Chase, vicepresidente de servicios financieros para pacientes y residentes	APROBADO POR: Lisa Cilano, vicepresidenta sénior de finanzas Bart Rodrigues, vicepresidente sénior, director de misión, CHS Corporate Leonardo Sette-Camara 3/11/22 Consejo de Política Operativa 12/14/15	MSMH: 5/1/2022
<p>Este documento no tiene la intención de crear, ni debe interpretarse como un contrato entre CHS y cualquiera de sus Asociados para el empleo o la provisión de cualquier beneficio. Esta política reemplaza cualquier política anterior a esta política para cualquier organización de CHS y cualquier descripción de dichas políticas en cualquier manual de dicha organización. El personal que no cumpla con esta política puede estar sujeto a medidas disciplinarias que pueden incluir el despido.</p>		

PROPÓSITO: Con base en nuestra misión, Catholic Health se compromete a brindar servicios de atención médica a todos los pacientes según la necesidad médica. Sin embargo, también reconocemos la necesidad de brindar asistencia financiera a aquellos que tienen dificultades para manejar los gastos incurridos al recibir servicios médicos en nuestras instalaciones. El propósito de esta política es definir el Programa de asistencia para la atención médica (HAP) y establecer las pautas y criterios necesarios para la elegibilidad.

SE APLICA A: Catholic Health ofrece descuentos a pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que reciben servicios médicamente necesarios. Si bien Catholic Health atiende principalmente a los cinco condados del oeste de Nueva York, todos los pacientes que residen en el estado de Nueva York, en los estados contiguos o en el estado de Ohio, y cuyos ingresos familiares son iguales o inferiores al 400% de las Pautas Federales de Pobreza más recientes (como se describe en el Anexo C) son elegibles para presentar una solicitud. Además, los pacientes que residen fuera del estado de Nueva York, y Catholic Health no es un proveedor de Medicaid en el estado en el que reside el paciente, pueden presentar una solicitud. Todos los demás pacientes serán examinados a discreción de Catholic Health.

POLÍTICA: El Programa de asistencia para la atención médica, implementado de acuerdo con todas las leyes, reglas y regulaciones federales y del estado de Nueva York aplicables, considera la capacidad del paciente para contribuir a sus costos de atención médica y no representa una carga excesiva para el paciente o la familia del paciente. Los pacientes recibirán información y asesoramiento sobre programas o servicios alternativos dentro de su comunidad, de conformidad con todas las leyes federales y del estado de Nueva York aplicables, como EMTALA. Catholic Health hará todos los esfuerzos razonables para explicar los beneficios de Medicaid y otros programas de cobertura pública y privada disponibles a los pacientes y ayudarlos con el proceso de solicitud. Un paciente puede solicitar Medicaid, otros seguros y/o asistencia financiera al mismo tiempo, y también puede ser evaluado para determinar su presunta elegibilidad como se describe a continuación.

Esta política cubre todos los ministerios de Catholic Health y los servicios médicamente necesarios, con la excepción de los siguientes: 1) servicios optativos no médicamente necesarios, 2) servicios de proveedores que no sean proveedores de servicios de atención primaria de Catholic Health, proveedores empleados de Catholic Health y otros que figuran como Proveedores de Cobertura (consulte el anexo D), 3) servicios de atención a largo plazo de enfermería especializada y subaguda y, 4) artículos de conveniencia como televisión, teléfono y cargos de habitación privada solicitados.

Solo los servicios prestados por los proveedores empleados de Catholic Health están cubiertos por el Programa de asistencia para la atención médica. Los servicios prestados por proveedores no empleados dentro de un centro de Catholic Health no estarán cubiertos por el programa y se facturarán por separado. Las instrucciones sobre cómo obtener una lista de proveedores cubiertos y no cubiertos se pueden encontrar en el Anexo D.

PROCEDIMIENTO:

1. Expectativas generales del procedimiento: todas las prácticas de reembolso y cobro realizadas y observadas por los empleados, contratistas y representantes de Catholic Health reflejarán la misión, los valores y las políticas de Catholic Health; a los pacientes en el momento de la admisión se les da y reciben acceso rápido a la información sobre el cobro de cualquier artículo o servicio que se les proporcione si lo solicitan; el programa se implementará de manera coherente con todas las leyes, normas y reglamentos federales y del estado de Nueva York aplicables; y se informa a los pacientes y sus familias sobre las políticas de Catholic Health, incluido el Programa de asistencia para la atención médica y la disponibilidad de asistencia financiera basada en la necesidad, en términos fáciles de entender y en cualquier idioma que hablen comúnmente los pacientes en la comunidad.
2. Un paciente sin seguro cuyo ingreso familiar es igual o inferior al 200% de las Pautas federales de pobreza actuales califica para un descuento del 100%. Si los ingresos del hogar de un paciente son superiores al 200% y menores o iguales al 400% de las Pautas federales de pobreza actuales, entonces el paciente califica para un descuento parcial como se detalla en el Anexo C. De conformidad con la Sección 501(r) del Código de rentas internas, a los pacientes elegibles no se les cobrará más que los “montos generalmente facturados” (“AGB”) a las personas aseguradas. AGB es la cantidad promedio que Catholic Health recibiría de Medicaid para atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria. En el caso de que no haya una tarifa de Medicaid para la atención necesaria, se utilizará la lista de tarifas de Medicaid del estado de Nueva York para determinar la tarifa de pago por cuenta propia de los pacientes sin seguro.
3. Catholic Health utiliza herramientas de presunción de elegibilidad de proveedores externos para ayudar a determinar la calificación de un paciente sin seguro para un descuento bajo el Programa de asistencia para la atención médica. La evaluación de la capacidad de pago de un paciente se basa en una determinación presuntiva, objetiva y de buena fe que se aplicará a todos los pacientes sin seguro de la misma manera. Se tendrán en cuenta todas las fuentes de ingresos, el costo de vida, el tamaño de la familia y otras consideraciones financieras.
4. Una persona sin seguro que reciba un descuento de menos del 100% puede completar una Solicitud de asistencia financiera. Los pacientes asegurados también son elegibles para descuentos bajo el Programa de asistencia financiera para compensar el costo del coseguro, los deducibles y otros saldos restantes de los pacientes. Los pacientes interesados en el Programa de Asistencia Financiera deben completar, firmar y fechar un formulario de solicitud. Además, la solicitud debe incluir una de las siguientes formas de verificación de ingresos actuales: copia firmada de la declaración de impuestos federales más reciente del paciente; copias de sus últimos tres recibos de pago; copias de sus últimos tres (3) talones de pago por desempleo; copias de sus dos últimos estados de cuenta de pago del Seguro Social; registros de ingresos y gastos de negocios de trabajo por cuenta propia; o una declaración firmada y notariada que verifique que no hay fuentes de ingresos. En el Anexo A se encuentra una copia de la solicitud.
5. La escala móvil para otorgar descuentos en asistencia financiera tanto para pacientes asegurados como no asegurados se describe en el Anexo C.
6. Los pacientes tienen hasta 240 días después del primer estado de cuenta para presentar una solicitud. Catholic Health tomará decisiones dentro de los 30 días posteriores a la recepción de una solicitud completada y de la documentación de respaldo como se describe anteriormente. Los otorgamientos se harán por un período de seis meses antes y seis meses después de la fecha de servicio solicitada en la Solicitud de Asistencia Financiera. La elegibilidad retroactiva puede extenderse hacia atrás hasta 12 meses a discreción de Catholic Health. Los pacientes serán notificados de las determinaciones por escrito y cualquier pago realizado que exceda el descuento aprobado será reembolsado de manera oportuna. Si corresponde, se notificará a las agencias de cobro que cesen los esfuerzos de cobro.
7. Si una solicitud está incompleta, Catholic Health proporcionará un aviso por escrito de la información adicional que se necesita. Los pacientes tendrán 30 días a partir de la fecha de la carta para cumplir con la solicitud. Si la información no se recibe dentro del tiempo permitido, el caso se considerará cerrado y comenzarán las tareas habituales para obtener el cobro.
8. Las tareas de facturación y cobranza, como se describe en la Política de Facturación y Cobros CHS-RMC-08, se suspenderán una vez que se haya recibido una Solicitud de Asistencia Financiera completada. Un paciente

puede ignorar cualquier factura de Catholic Health mientras se está examinando la solicitud pendiente. Si en algún momento durante el proceso de solicitud se determina que un paciente es elegible para Medicaid u otros programas de seguro, las tareas de cobro cesarán y se facturará al programa pagador correspondiente.

9. Las prácticas de cobranza relacionadas con la Política de Facturación y Cobros CHS-RMC-08 son las siguientes:
 - a. Una cuenta de paciente sin seguro no se enviará a una agencia de cobranza si el paciente ha completado una solicitud o apelación del Programa de asistencia para la atención médica y está esperando una respuesta o determinación.
 - b. La venta forzada o ejecución hipotecaria de la residencia principal de un paciente sin seguro, con el fin de satisfacer la cuenta de un paciente, estará prohibida para todos los servicios, con la excepción de los servicios de Atención basada en la comunidad.
 - c. Los pacientes sin seguro que participan en el HAP deben ser notificados al menos treinta (30) días antes de que su cuenta sea enviada a una agencia de cobranza.
 - d. Todas las agencias de cobranza que prestan servicios a las cuentas de Catholic Health deben obtener el consentimiento por escrito de Catholic Health antes de iniciar cualquier acción legal respecto de cualquier cuenta de paciente.
 - e. Todas las agencias de cobro deben acordar por escrito seguir todas las Políticas y procedimientos de pago y cobro esperado para pacientes sin seguro de Catholic Health.
 - f. La gerencia es responsable de garantizar que todas las políticas de cobro se ajusten a la Ley Federal de Prácticas Justas de Cobro de Deudas y todas las leyes aplicables del estado de Nueva York.
 - g. Todas las agencias de cobranza deben proporcionar información a los pacientes sobre cómo solicitar Asistencia para la atención médica o apelar una determinación de asistencia médica que esté por debajo de sus expectativas.
10. Todas las agencias de cobranzas tienen prohibido hacer cobros de cualquier paciente que fuera elegible para Medicaid en el momento en que se prestaron los servicios.
11. Los pacientes con saldos restantes después de una adjudicación del Programa de asistencia para la atención médica serán elegibles para plazos de pago extendidos. Los pagos a plazos tendrán un límite del 10% del ingreso mensual bruto del hogar definido del paciente de acuerdo con la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York.
12. Todas y cada una de las determinaciones tomadas en virtud de esta política pueden ser apeladas por teléfono o por escrito como se detalla en el Anexo B. Todas las reconsideraciones se realizarán dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la apelación.
13. La información sobre el Programa de asistencia para la atención médica se publica en áreas clave de acceso público, como las áreas de registro y los Emergency Departments (Departamentos de Emergencias). Además, el sitio web de Catholic Health contiene información sobre cómo solicitarla, así como un resumen en lenguaje sencillo de toda esta política. La información está disponible en los idiomas principales que se hablan en toda la comunidad. También se ofrece a los pacientes la oportunidad de que un servicio de traducción telefónica multilingüe traduzca el material. Todos los materiales e información estarán disponibles para los pacientes que lo soliciten y se encontrarán en el sitio web www.chsbuffalo.org/billing-insurance/financial-assistance.
14. Los colaboradores de Catholic Health que participen en la toma de decisiones sobre asistencia financiera recibirán capacitación no menos de una vez al año y se les mantendrá al tanto de los cambios regulatorios y de procedimiento.

Los ingresos incluyen: salarios brutos; salarios; ingresos de negocios y trabajo por cuenta propia; compensación por desempleo; compensación de trabajadores; seguridad social; ingresos de seguridad suplementarios; pagos a veteranos; prestaciones para sobrevivientes; ingresos de pensión o jubilación

La familia se define como: un grupo de dos o más personas (uno de los cuales es el titular del hogar) relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que viven juntas; todas estas personas (incluidos los miembros emparentados de la familia subsiguiente) se consideran miembros de una familia.

TÍTULO: Política de asistencia para la atención médica y pago esperado para pacientes sin seguro

POLÍTICA N.º: CHS-RMC-003

Página 4 de 7

NIVEL DE REVISIÓN:

Esta política se revisará anualmente para garantizar el cumplimiento de las regulaciones estatales y federales relacionadas y cualquier cambio en la metodología o el proceso operativos de Catholic Health.

FECHA DE ORIGEN: 1/1/2014

REEMPLAZA A (Si corresponde): NC

	Fecha/Iniciales	Fecha/Iniciales	Fecha/Iniciales	Fecha/Iniciales	Fecha/Iniciales	Fecha/Iniciales	Fecha/Iniciales	Fecha/Iniciales
REVISADO:	2/4/2014 SRK	1/29/2015 SRK	12/01/15 LS				02/14/18 BB	
REVISADO:	2/4/2014 SRK	1/29/15 SRK	12/01/15 SRK	2/02/16 BB	03/24/16 BB	02/03/17 BB	02/14/18 SL	02/22/19 BB
REVISADO:	6/13/19 SL	3/10/22 SL	4/28/2022 SL	2/20/24 SS	7/5/2024 SS			

APROBACIÓN de CSC/OPC: 12/14/15, 3/30/16, 2/6/18, 6/26/19

REFERENCIAS: NC

TÍTULO: Política de asistencia para la atención médica y pago esperado para pacientes sin seguro

POLÍTICA N.º: CHS-RMC-003

Página 5 de 7

Anexo A: Solicitud del Programa de asistencia para la atención médica

Gracias por elegir a Catholic Health para sus necesidades de atención médica. Nos complace ofrecerle la oportunidad de solicitar asistencia financiera. Para ser considerado para nuestro Programa de asistencia para la atención médica, imprima esta carta y proporcione la información requerida a continuación:

Nombre completo del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ N.º de teléfono: _____

Teléfono de contacto: _____

Dirección del paciente: _____

Número de cuenta de facturación: _____

Número de personas en el hogar (usted, su cónyuge e hijos menores de 18 años): _____

Además, incluya una de las siguientes formas de verificación de ingresos actuales:

- Una breve carta de dificultades financieras que indique que le gustaría solicitar asistencia para atención médica;
- Una de las siguientes formas de verificación de ingresos actuales: copia firmada de la declaración de impuestos federales más reciente del paciente; copias de sus últimos tres recibos de pago; copias de sus últimos tres talones de pago por desempleo; copias de sus dos últimos estados de cuenta de pago del Seguro Social; registros de ingresos y gastos de negocios de trabajo por cuenta propia; o una declaración firmada y notariada que verifique que no hay fuentes de ingresos.

Tiene 240 días desde su primer estado de cuenta para presentar esta solicitud junto con todos los documentos requeridos. Mientras se revisa su solicitud, puede ignorar las facturas que recibe de Catholic Health. Llámenos al 716-601-3600 o visite nuestro sitio web <https://www.chsbuffalo.org/billing-insurance/financial-assistance> para obtener más información.

Firma: _____

Fecha: _____

Envíe por correo la información requerida junto con esta carta completada a:

Catholic Health/RMC.

144 Genesee Street, 3rd Floor

Buffalo, NY 14203

Attn.: Supervisor, Credit & Collection Department (Departamento de Créditos y Cobranzas)

Anexo B: Apelación de determinaciones de asistencia médica

Cualquier determinación de asistencia financiera hecha bajo esta política puede ser apelada. Un paciente puede llamar al equipo de Servicios Financieros para Pacientes al (716)-601-3600 o apelar por escrito en:

Centro de Administración y Capacitación de Catholic Health
 Patient Financial Services Team
 144 Genesee Street, 3rd Floor
 Buffalo, NY 14203

Todas las decisiones relacionadas con una apelación se completarán dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud. Los pacientes serán notificados por escrito del resultado de cualquier apelación. Si, después de revisar la decisión, un paciente no está satisfecho, puede solicitar una apelación definitiva de la misma manera. La revisión de las apelaciones definitivas también se llevará a cabo hasta los 30 días a partir de la fecha de la solicitud.

Todas las apelaciones definitivas serán revisadas por el Vicepresidente de Servicios Financieros para Pacientes o su delegado. Se enviará por correo al solicitante una determinación escrita de la apelación definitiva firmada por la parte o partes decisoras.

Con la excepción de circunstancias extraordinarias, como información adicional o revisada que afectaría la decisión original recibida después de la fecha de la decisión de la apelación definitiva, todas las decisiones dictadas sobre las apelaciones serán definitivas. La notificación por escrito de la determinación de una apelación definitiva no contendrá ninguna otra notificación de derecho de revisión o apelación adicional

Anexo C: Pautas federales de pobreza a febrero de 2024

% del Nivel federal de pobreza	INTEGRANTES EN LA FAMILIA										Descuento de la Asistencia para la atención médica
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menos del 200%	30120	40880	51640	62400	73160	83920	94680	105440	116200	126960	100% del saldo después del descuento fijo de HAP
200%	30120	40880	51640	62400	73160	83920	94680	105440	116200	126960	100% del saldo después del descuento fijo de HAP
210%	31626	42924	54222	65520	76818	88116	99414	110712	122010	133308	90% del saldo después del descuento fijo de HAP
220%	33132	44968	56804	68640	80476	92312	104148	115984	127820	139656	80% del saldo después del descuento fijo de HAP
230%	34638	47012	59386	71760	84134	96508	108882	121256	133630	146004	70% del saldo después del descuento fijo de HAP
240%	36144	49056	61968	74880	87792	100704	113616	126528	139440	152352	60% del saldo después del descuento fijo de HAP
250%	37650	51100	64550	78000	91450	104900	118350	131800	145250	158700	50% del saldo después del descuento fijo de HAP
260%	39156	53144	67132	81120	95108	109096	123084	137072	151060	165048	40% del saldo después del descuento fijo de HAP
270%	40662	55188	69714	84240	98766	113292	127818	142344	156870	171396	30% del saldo después del descuento fijo de HAP
280%	42168	57232	72296	87360	102424	117488	132552	147616	162680	177744	20% del saldo después del descuento fijo de HAP
290%	43674	59276	74878	90480	106082	121684	137286	152888	168490	184092	15% del saldo después del descuento fijo de HAP
300%	45180	61320	77460	93600	109740	125880	142020	158160	174300	190440	10% del saldo después del descuento fijo de HAP
350%	52710	71540	90370	109200	128030	146860	165690	184520	203350	222180	5% del saldo después del descuento fijo de HAP
400%	60240	81760	103280	124800	146320	167840	189360	210880	232400	253920	Descuento de HAP fijo*

TÍTULO: Política de asistencia para la atención médica y pago esperado para pacientes sin seguro

POLÍTICA N.º: CHS-RMC-003

Página 7 de 7

Anexo D: Proveedores cubiertos y no cubiertos por el Programa de asistencia para la atención médica:

Puede encontrar una lista de proveedores cubiertos y no cubiertos en el sitio web de Catholic Health:

- Proveedores cubiertos: <https://www.chsbuffalo.org/providers/employed>
- Proveedores no cubiertos: <https://www.chsbuffalo.org/providers/non-employed>

Los proveedores cubiertos solo están alcanzados por esta política cuando realizan servicios en el lugar indicado anteriormente.

También puede confirmar si un proveedor está alcanzado por esta política comunicándose con Servicios financieros para pacientes al 716-601-3600

FECHA DE ORIGEN: 1/1/2014								
REEMPLAZA A (Si corresponde): NC								
	Fecha/ Iniciales	Fecha/ Iniciales	Fecha/ Iniciales	Fecha/ Iniciales	Fecha/ Iniciales	Fecha/ Iniciales	Fecha/ Iniciales	Fecha/ Iniciales
REVISADO:	2/4/2014 SRK	1/29/2015 SRK	12/01/15 LS				02/14/18 BB	
REVISADO:	2/4/2014 SRK	1/29/15 SRK	12/01/15 SRK	2/02/16 BB	03/24/16 BB	02/03/17 BB	02/14/18 SL	02/22/19 BB
REVISADO:	6/13/19 SL	3/10/22 SL	4/28/2022 SL	2/21/2024 SS	7/5/2024 SS			
APROBACIÓN de CSC/OPC: 12/14/15, 3/30/16, 2/6/18, 6/26/19, hasta 3/30/22 OPC								
REFERENCIAS: NC								