

POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO

TÍTULO Política de asistencia para la atención médica	NÚMERO DE POLÍTICA CHS-RMC-03	PÁGINA N.º 1 de 4
DEPARTAMENTO RESPONSABLE: Centro de administración de ingresos	NIVEL DE PÓLIZA: CHS	FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 25/03/2025
ELABORADO POR: Craig Chase, vicepresidente del ciclo de ingresos	APROBADO POR: Lisa Cilano, vicepresidenta sénior de finanzas Bart Rodrigues, vicepresidente sénior, director de misión, CHS Corporate Leonardo Sette-Camara 11/03/2022 Consejo de Política Operativa 14/12/2015	
Este documento no tiene la intención de crear, ni debe interpretarse como un contrato entre CHS y cualquiera de sus colaboradores 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.		

PROPÓSITO: Según nuestra misión, en Catholic Health (CH) nos comprometemos a prestar servicios de atención médica a todos los pacientes según la necesidad médica. Sin embargo, también reconocemos la necesidad de brindar ayuda económica a personas con dificultades para administrar los gastos incurridos al recibir servicios médicos en nuestras instalaciones. Esta política es para definir el Programa de Asistencia para la Atención Médica (Healthcare Assistance Program, HAP) de CH y establecer las pautas y criterios necesarios para la elegibilidad.

A QUIÉN SE APLICA: CH ofrece descuentos a pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que reciben servicios médicamente necesarios. Aunque CH presta servicios principalmente a los cinco condados del oeste de Nueva York, todos los pacientes que viven en el estado de Nueva York, los estados contiguos o el estado de Ohio, y cuyos ingresos familiares son iguales o inferiores al 400 % de las Pautas Federales de Pobreza más recientes (como se especifica en CHS-RMC-003 F3) son elegibles para presentar una solicitud. Además, los pacientes que viven fuera del estado de Nueva York, en un estado donde Catholic Health no es un proveedor de Medicaid, pueden presentar una solicitud. Se evaluará al resto de los pacientes según el criterio de CH.

POLÍTICA: El HAP de CH, que se implementó de acuerdo con todas las leyes, normas y reglamentos federales y del estado de Nueva York aplicables, considera la capacidad del paciente para contribuir a los costos de su atención médica y no representa una carga excesiva para el paciente o su familia. 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 la EMTALA. CH hará todo lo posible por 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 ayuda económica al mismo tiempo, y también pueden evaluarlo para determinar su presunta elegibilidad como se especifica a continuación. Para ser elegibles para el HAP de CH, los pacientes sin seguro deben solicitar o buscar otros programas de asistencia para los que sean elegibles.

Esta política cubre todos los ministerios de CH y los servicios médicamente necesarios, excepto los siguientes: 1) servicios optativos que no sean médicamente necesarios, 2) servicios de proveedores que no sean proveedores de servicios de atención primaria de Catholic Health, proveedores empleados de CH y otros que figuran como Proveedores de Cobertura (consulte CHS-RMC-003 F4) y 3) servicios de atención a largo plazo de enfermería especializada y subaguda.

Solo los servicios prestados por los proveedores empleados de CH tienen cobertura del el HAP de CH. Los servicios prestados por proveedores no empleados dentro de un centro de CH 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 CHS-RMC-003 F4.

PROCEDIMIENTO:

1. Expectativas generales del procedimiento: todas las prácticas de reembolso y cobro realizadas y observadas por los empleados, contratistas y representantes de CH reflejarán la misión, los valores y las políticas de CH; a los pacientes en el momento del ingreso se les otorga, 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 CH, incluido el HAP y la disponibilidad de ayuda económica basada en la necesidad, en términos fáciles de entender y en cualquier idioma que hablen comúnmente los pacientes en la comunidad.
2. De conformidad con la Sección 501(r) del Código de rentas internas, a los pacientes elegibles sin seguro no se les cobrará más que los “montos generalmente facturados” (amounts generally billed, AGB) a las personas aseguradas. AGB es el monto promedio que Catholic Health recibiría de Medicaid para atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria. Este monto se aproximará a un porcentaje de los pagos anuales de Medicaid de Nueva York dividido por los cargos totales de los servicios que reembolsan esos pagos. Se anima a los pacientes asegurados o no asegurados que les preocupe no poder pagar los saldos de pago por cuenta propia que adeudan a que soliciten el HAP de CH.
3. Los pacientes interesados en el HAP de CH deben completar, firmar y fechar una Solicitud uniforme del estado de Nueva York (CHS-RMC-003 F 1) Además, se exige una de las siguientes formas de verificación de ingresos: copia firmada de la declaración de impuestos federales más reciente del paciente; copias de sus últimos tres (3) recibos de pago; copias de sus últimos tres (3) recibos de pago por desempleo; copias de sus dos (2) últimos estados de cuenta de pago del Seguro Social; registros de ingresos y gastos de negocios de trabajo por cuenta propia; una declaración firmada y notariada que verifique que no hay fuentes de ingresos; o una carta de la persona que ofrece respaldo.
4. Los pacientes tienen hasta 240 días después del primer estado de cuenta para presentar una solicitud, independientemente de si una cuenta se transfirió o no a una agencia de cobro. CH 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 Ayuda Económica para la Atención Médica. La elegibilidad retroactiva puede extenderse hacia atrás hasta 12 meses según el criterio de CH. Informarán a los pacientes las determinaciones por escrito y se reembolsará de manera oportuna cualquier pago realizado que exceda el descuento aprobado. Si corresponde, se notificará a las agencias de cobro que cesen los esfuerzos de cobro.
5. Las tareas de facturación y cobro, como se especifica en la Política de facturación y cobros CHS-RMC-08, se suspenderán cuando se haya recibido una Solicitud para la Atención Médica completada. Un paciente puede ignorar cualquier factura de CH 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, las tareas de cobro cesarán y se facturará al programa correspondiente.
6. Si una solicitud está incompleta, CH enviará 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 o se reactivarán, si se pausaron, las tareas habituales para obtener el cobro.
7. Si se aprueba el HAP de CH, los saldos de pago por cuenta propia se descontarán de la siguiente manera:
 - a. Los pacientes con ingresos verificados del 200 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL) o menos recibirán un descuento del 100 %.
 - b. Los pacientes con ingresos verificados entre el 201 % y el 300 % del FPL recibirán un descuento del 90 %.
 - c. Los pacientes con ingresos verificados entre el 301 % y el 400 % del FPL recibirán un descuento del 80 %.

8. CH entiende que los pacientes podrían no querer o no poder presentar una solicitud formal para el HAP de CH y no la completarán. Por lo tanto, CH usa herramientas de elegibilidad de proveedores externos para ayudar a determinar la calificación de un paciente para un presunto descuento en virtud del HAP. Esta evaluación de elegibilidad de la capacidad de pago de un paciente se basa en los cálculos del FPL que se determinan mediante este proceso y se aplica a todos los pacientes de la misma manera. Los descuentos basados en esta presunta determinación seguirán los mismos parámetros de descuento que se indican en el párrafo 7 de arriba.
9. Los pacientes con saldos restantes después de una adjudicación del HAP serán elegibles para plazos de pago extendidos. Los pagos a plazos tendrán un límite del 5 % del ingreso mensual bruto del hogar definido del paciente de acuerdo con la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York.
10. 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 CHS-RMC-003 F2. Todas las reconsideraciones se realizarán dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la apelación.
11. La información sobre el HAP 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 CH 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.
12. Los colaboradores de CH que participen en la toma de decisiones sobre ayuda económica recibirán capacitación no menos de una vez al año y se les mantendrá al tanto de los cambios de procedimiento y/o reglamentarios.

AUTORIDAD DE APROBACIÓN

En el siguiente cargo se definen los distintos límites de la autoridad de aprobación.

Saldo del garante	Aprobación obligatoria
\$0-\$49 999	Gerente de compensación económica y cuentas por cobrar de garantes
\$50,000 - \$149 999	Director de servicios financieros para pacientes
\$150,000 - \$299 999	Vicepresidente de servicios económicos para pacientes y residentes
> \$299 999	CFO de CHS

NIVEL DE REVISIÓN:

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

FORMULARIOS:

CHS-RMC-003 F1: Solicitud de asistencia económica de NYS

Uniform Hospital CHS-RMC-003 F2: Apelación de determinaciones

de asistencia médica CHS-RMC-003 F3: Pautas del 2025 sobre el

Nivel Federal de Pobreza

CHS-RMC-003 F4: Proveedores cubiertos y no cubiertos por el Programa de asistencia para la atención médica

TÍTULO: Política de asistencia para la atención médica y pago esperado para pacientes asegurados y no asegurados

POLÍTICA #: CHS-RMC-003

Página 4 de 4

FECHA DE ORIGEN: 01/01/2014

REEMPLAZA A (Si corresponde): NC

	Fecha/ Iniciales							
REVISADO:	04/02/2014 SRK	29/01/2015 SRK	01/12/2015 LS				14/02/2018 BB	
REVISADO:	04/02/2014 SRK	29/01/2015 SRK	01/12/2015 SRK	02/02/2016 BB	24/03/2016 BB	03/02/2017 BB	14/02/2018 SL	22/02/2019 BB
REVISADO:	13/06/2019 SL	10/03/2022 SL	28/04/2022 SL	21/02/2024 SS	05/07/2024 SS	01/01/2025 SS		

APROBACIÓN de CSC/OPC: 14/12/2015, 30/03/2016, 06/02/2018, 26/06/2019, 26/02/2025

REFERENCIAS: NC