

Catholic Medical Center
Política y procedimiento de asistencia financiera

Objetivo

De acuerdo con su misión de prestar servicios de salud y bienestar de primera calidad a la comunidad, Catholic Medical Center y sus proveedores contratados (denominados en forma conjunta “CMC”) se comprometen a brindar asistencia financiera a las personas que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente, que requieren tratamiento médicamente necesario o de emergencia y que tienen un ingreso familiar inferior al 200 % del Federal Poverty Guidelines (FPG, Índice Federal de Pobreza).

Conforme a la Affordable Care Act (ACA, Ley de Atención Asequible), los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera de conformidad con la política de asistencia financiera del CMC pagan lo mismo que el monto facturado generalmente (AGB) a los pacientes asegurados por la atención médicamente necesaria o de emergencia. Consulte la sección “Determinación del descuento sobre el AGB” para obtener más información.

Política

La asistencia financiera se proporciona únicamente cuando la atención se considera médicamente necesaria o de emergencia y luego de haber corroborado que los pacientes cumplan con todos los criterios financieros.

La asistencia financiera solo está disponible para los residentes de Nuevo Hampshire y las áreas de servicio primarias y secundarias del CMC. Se podrá proporcionar asistencia financiera a las personas que residan fuera de estas áreas a criterio del CMC. El CMC se reserva el derecho de modificar los criterios de elegibilidad para la asistencia financiera según cada caso.

A los pacientes que deseen recibir asistencia financiera se les podrá pedir que primero soliciten la inscripción en programas de seguros públicos o privados, tales como Medicaid, o en un seguro ofrecido a través del mercado de seguros público, según corresponda, antes de evaluar su elegibilidad conforme a esta política. Además, a los pacientes no asegurados que sean considerados capaces financieramente de adquirir un seguro de salud se les podrá recomendar que lo hagan a fin de contribuir a garantizar la accesibilidad de la atención médica y el bienestar general.

A los pacientes no asegurados o con seguro insuficiente que no reúnan los requisitos para la asistencia financiera se les notificará por escrito. Si al paciente no se le otorga la asistencia financiera, la cuenta pasará a ser una cuenta de pago a cargo del paciente y se aplicarán las políticas de cobranza estándar para todas las cuentas. Es posible que estén disponibles otras opciones financieras para el pago, lo que incluye, por ejemplo, descuentos.

Definiciones

- Asistencia financiera: servicios médicamente necesarios o de emergencia prestados sin esperar recibir el pago total por parte de pacientes que cumplen con los criterios establecidos por esta política.
- Atención médicamente necesaria: servicios hospitalarios y servicios brindados por el CMC a un paciente a fin de diagnosticar, aliviar, corregir, curar o prevenir la aparición o el empeoramiento de afecciones que pongan en riesgo la vida, provoquen sufrimiento o dolor, causen deformidades físicas o disfunciones, impliquen el riesgo de causar o agravar una discapacidad, o tengan como consecuencia una enfermedad o dolencia generalizada. Estos servicios pueden proporcionarse tanto a pacientes internados como a pacientes ambulatorios.
- Atención de emergencia: atención inmediata necesaria para evitar poner la salud del paciente en grave peligro o que este sufra un deterioro grave de las funciones corporales o una disfunción grave de algún órgano o parte del cuerpo.

- **Atención de urgencia:** atención médicamente necesaria para tratar afecciones médicas que no ponen en peligro la vida en forma directa, pero que podrían dar lugar a la aparición de enfermedades, lesiones, discapacidades, deterioros o disfunciones graves o, incluso, ocasionar la muerte, si no se tratan en un plazo de 12 a 24 horas.
- **Pacientes no asegurados:** pacientes que no tienen seguro ni asistencia externa que los ayuden a saldar las deudas que contraigan con proveedores de atención médica.
- **Pacientes con seguro insuficiente:** pacientes asegurados cuyos gastos médicos de bolsillo les supondrían una carga financiera.
- **Monto facturado generalmente (AGB):** el monto neto que el CMC espera cobrar al facturar servicios de atención médicamente necesaria o de emergencia a pacientes asegurados. Consulte la sección “Determinación del descuento sobre el AGB” para obtener información sobre cómo se determina este descuento.
- **Cargos brutos:** el monto total que el CMC cobra por los artículos y servicios antes de aplicar descuentos, acuerdos contractuales o deducciones.

Procedimientos

Elegibilidad

Los pacientes que no están asegurados o que poseen un seguro insuficiente y que tienen un ingreso familiar equivalente o inferior al 200 % del FPG, como se indica en la siguiente tabla, podrán recibir asistencia financiera. Las personas con un ingreso familiar anual de entre el 125 % y el 200 % del FPG serán elegibles para obtener un descuento sobre la parte de los cargos brutos que corren por cuenta del paciente. Las personas con un ingreso familiar anual inferior al 125 % del FPG serán elegibles para obtener un descuento total sobre la parte de los cargos brutos que corren por cuenta del paciente.

A fin de determinar la elegibilidad para la asistencia financiera, los pacientes deberán presentar una solicitud de asistencia financiera completa (incluida toda la documentación requerida en ella) y es posible que deban asistir a citas o consultas con los consejeros financieros del hospital.

Al determinar la elegibilidad de los pacientes, el CMC no tiene en cuenta la raza, el sexo, la edad, la orientación sexual, las creencias religiosas, el nivel social ni la condición de inmigrante.

Se entiende que las personas que se encuentran sin hogar son elegibles para recibir asistencia financiera si su nivel de ingreso es inferior al 200 % del FPG. Para conocer las opciones disponibles, las personas que se encuentran sin hogar pueden ponerse en contacto con el Health Care for the Homeless Program (Programa de Atención Médica para Personas sin Hogar) por medio del Mobile Community Health Team (Equipo de Salud Comunitaria Móvil) del CMC llamando al teléfono (603) 663-8718 o presentándose personalmente en 199 Manchester St., Manchester, NH 03103. El Health Care for the Homeless Program verifica el ingreso mensual y el estado del seguro de los pacientes al comienzo de cada visita. Se fija un cargo de tarifa nominal de acuerdo con las pautas de un esquema de “escala de tarifas móviles” que se basa en el FPG anual.

Determinación del descuento sobre el AGB

A los pacientes que sean elegibles para recibir asistencia financiera, el CMC les cobrará lo mismo que los montos facturados generalmente a los pacientes asegurados por los servicios de atención médicamente necesaria o de emergencia. Entre los servicios que reúnen los requisitos para la asistencia financiera se incluyen la atención de emergencia o de urgencia, los servicios considerados médicamente necesarios por el CMC y, en general, la atención no electiva necesaria a fin de evitar la muerte o efectos adversos para la salud del paciente. La determinación de los servicios que se consideran estrictamente electivos depende del CMC. Los procedimientos estéticos no están cubiertos por la política de asistencia financiera.

A los pacientes no asegurados que reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera no se les puede cobrar un monto superior al AGB a las personas con un seguro que cubre la misma atención. La rebaja del AGB al saldo del

paciente se efectúa sobre la base de las reglamentaciones 501(r) del IRS (Internal Revenue Service, Servicio de Impuestos Internos) y se aplica únicamente a la atención médicamente necesaria o de emergencia. Una vez que se determine que el paciente reúne los requisitos para la asistencia financiera de acuerdo con la política de asistencia financiera del CMC y luego de la aplicación del descuento fijado según el esquema móvil indicado anteriormente al saldo del paciente, el descuento sobre el AGB se aplicará a su saldo restante. La rebaja se calcula mediante un método de actualización sobre la base de los reclamos pagados en los 12 meses anteriores por todos los pagadores. A los pacientes que reúnan los requisitos para la asistencia financiera, el CMC les reducirá los cargos un 65 %, lo que equivale al porcentaje actual de descuento sobre el AGB. El porcentaje del AGB se actualiza anualmente en función de los datos de los reclamos pagados en los últimos 12 meses.

Solicitud de la asistencia financiera

Puede obtener la solicitud, una lista de los proveedores cubiertos por la política de asistencia financiera del CMC y un resumen de la política en lenguaje sencillo de las siguientes maneras:

- En el centro, ubicado en 195 McGregor St. 3rd Floor, Manchester, New Hampshire, 03102.
- Por correo postal si solicita el material por teléfono al (603) 663-6922 o al (603) 663-6780.
- Por correo postal si solicita el material por ese medio a la siguiente dirección: CMC Billing Department, 195 McGregor St., Manchester, New Hampshire, 03102.
- En línea, a través del siguiente sitio web: www.catholicmedicalcenter.org.

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

A fin de ser considerados elegibles para la asistencia financiera, de ser necesario, los pacientes deben cooperar con el hospital en la evaluación de medios alternativos de asistencia, tales como Medicare, Medicaid y otros programas de intercambio de seguros federales, estatales o privados. Si el paciente se niega a solicitar la inscripción en un programa disponible o a continuar con la presentación de una solicitud, se rechazará automáticamente su solicitud de asistencia financiera.

Además de completar la solicitud, las personas deben poder proporcionar la siguiente documentación:

- Dos resúmenes de cuenta bancaria consecutivos completos.
- Comprobantes de ingreso del solicitante (y su cónyuge, si corresponde), tales como (2) recibos de sueldo recientes, seguro de desempleo, beneficios del Seguro Social, indemnización por incapacidad, beneficios de pensiones o beneficios de indemnización laboral.
- Copia de la asignación del programa Food Stamp (Cupones para Alimentos).
- Manutención infantil pagada o recibida.
- Información suficiente sobre el medio de sustento económico actual del paciente.
- Copia de la última declaración de impuestos federales.
- Copia del último formulario W2.
- Copia de la asignación del programa Food Stamp (Cupones para Alimentos).
- Comprobante de dificultades para el pago de primas del mercado de seguros.

Si el Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) del estado de Nuevo Hampshire le rechazó la cobertura al paciente, este debe proporcionar un comprobante de dicho rechazo.

Las personas que no posean la documentación que se indica más arriba, que deseen realizar preguntas acerca de la política de asistencia financiera del CMC o que quieran recibir ayuda para completar la solicitud de asistencia financiera, pueden ponerse en contacto con nuestros asesores financieros a los teléfonos (603) 663-8772 o (603) 663-6780.

La asistencia financiera otorgada se aplicará a los candidatos elegibles de la siguiente manera:

- Una solicitud aprobada cubrirá todas las cuentas con fechas de servicio de un año antes de la fecha de la

solicitud.

- Una solicitud aprobada cubrirá todas las cuentas futuras con fechas de servicio de hasta seis meses luego de la fecha de la solicitud, o bien, de hasta un año desde la fecha de la solicitud para pacientes mayores de 65 años que reciban pagos del Seguro Social.
- Al concluir el plazo de seis meses o de un año para pacientes mayores de 65 años que reciban pagos del Seguro Social, el paciente debe volver a presentar la solicitud y proporcionar toda la documentación relevante que demuestre la elegibilidad para la asistencia financiera.

Acciones en caso de incumplimiento de pago

Las acciones de cobranza que el CMC puede realizar si no recibe el pago o una solicitud de asistencia financiera se describen en la Política de facturación y cobranza. El CMC hará lo que esté a su alcance para proporcionar a los pacientes información sobre la política de asistencia financiera antes de que este o sus representantes externos de agencias realicen determinadas acciones para cobrar las facturas.

Los pacientes tienen 240 días a partir de la fecha de la primera factura para solicitar la asistencia financiera. Todas las actividades de cobranza se interrumpirán durante 15 días para darle tiempo a que presente la solicitud completa ante el CMC. Si la solicitud se devuelve al paciente debido a que la información está incompleta o faltan determinados datos, este tendrá 15 días para volver a presentar la solicitud completa junto con la documentación de respaldo. Pasados los 15 días, si no se recibe la solicitud, se retomarán las actividades de cobranza.

Para obtener más información sobre las medidas que el CMC tomará para informar a los pacientes no asegurados de la política de asistencia financiera y las actividades de cobranza que podremos llevar a cabo, consulte la Política de facturación y cobranza del CMC. Puede solicitar una copia gratuita de la política completa personalmente o por correo postal a la dirección CMC Billing Department, 195 McGregor St, Manchester, New Hampshire, 03102, llamando a los teléfonos (603) 663-8772 o (603) 663-6780, o en línea en el siguiente sitio web: www.catholicmedicalcenter.org.

Los pacientes con dificultades para pagar los servicios o que deseen obtener más información sobre la asistencia financiera del CMC deben comunicarse con el Patient Financial Services Department (Departamento de Servicios Financieros para el Paciente) a los teléfonos (603) 663-8772 y (603) 663-6780.