



CENTRO DE SPECIAL CARE
POLÍTICA Y PROCEDIMIENTOS

TÍTULO: POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA	FECHA EFECTIVA/DE REVISIÓN: 11/20/2019
FECHA DE REVISIÓN ANTERIOR SIN CAMBIOS: 11/21/2018	
DEPARTAMENTO/COMITÉ RESPONSABLE: DEPARTAMENTO FISCAL	
APROBADO POR: COMITÉ FINANCIERO, EN REPRESENTACIÓN DEL CONSEJO	
CITA/REFERENCIA: IRC Sec 501(r)	
REEMPLAZO DE TÍTULO/TÍTULO PREVIO: N/A	

POLÍTICA:

Contar con un Programa de asistencia financiera formal para que los pacientes soliciten pagos reducidos por los servicios de atención médica, en base a los niveles de ingresos y el número de miembros de la familia. El programa incluirá un proceso formal de solicitud que será revisado y aprobado por la administración del hospital una vez que se hayan agotado todos los demás recursos. El programa cubrirá las facturas de los servicios médicamente necesarios de atención al paciente, en las instalaciones de hospitalización y clínicas de pacientes ambulatorios del Hospital, que son prestados por profesionales de la salud contratados por el Hospital.

Las facturas de médicos independientes, de profesionales y de servicios especializados que no sean prestados por un empleado del Hospital no serán cubiertas por esta política.

El programa no cubre los servicios que no están relacionados con la admisión de un paciente, tal como la membresía del gimnasio comunitario del Centro de Rehabilitación Acuática de las cuotas de participación en los eventos ofrecidos a la comunidad.

PROPÓSITO:

Ofrecer pagos reducidos por los servicios de atención médica para pacientes no asegurados y con cobertura insuficiente que cumplan los criterios de elegibilidad establecidos por esta política hospitalaria. Los criterios de elegibilidad utilizarán la actualización anual de las pautas de pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

La asistencia financiera se proporciona solo después de haber agotado o de haberse denegado todas las posibilidades de pago de terceros disponibles para el paciente. Hospital for Special Care (HFSC) hará esfuerzos razonables por explicar a los pacientes los beneficios de Medicaid y de otros programas públicos y privados de cobertura disponibles, y por ayudar a los pacientes a solicitar tales beneficios. Se espera que los pacientes identificados como potencialmente elegibles soliciten tales programas. A los pacientes que elijan no cooperar para solicitar los programas podría negársele la asistencia financiera.

Pacientes no asegurados: Para los pacientes que pagan con recursos propios o pacientes que han agotado sus beneficios de atención médica, HFSC limitará el pago del paciente al monto que habitualmente se factura o se permite según el Sistema de Pago Prospectivo de Medicare (PPS, por sus siglas en inglés). La tasa de reembolso del PPS se basa en la lista de tarifas de Medicare, y

los cálculos de las Clasificaciones de pagos ambulatorios (APC, por sus siglas en inglés) o del Grupo relacionado con el diagnóstico (DRG, por sus siglas en inglés). En caso de que no hubiese un servicio/tarifa de Medicare comparable, se usará la lista de tarifas de Medicaid del Estado de Connecticut para determinar la tasa de pago con recursos propios de los no asegurados.

Pacientes asegurados: Para los pacientes con seguro, no se proporciona asistencia financiera para los montos adeudados después del seguro si el paciente no obtiene las referencias o aprobaciones necesarias requeridas por el asegurador. Los pacientes que tengan cuentas personales de salud con ventajas fiscales, tal como una cuenta de ahorros para la salud, un acuerdo de reembolso de gastos médicos o una cuenta de gastos flexibles, deberán utilizar los fondos de dicha cuenta antes de que se les conceda la asistencia financiera.

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

La Política de asistencia financiera de HFSC estará disponible en inglés, español y polaco, así como en otros idiomas principales si es necesario. De ser necesario, hay servicios de traducción disponibles sin costo para el paciente.

PROCEDIMIENTO:

1. Se informará a los pacientes sobre la Política de asistencia financiera y el proceso de solicitud. A cada paciente se le ofrecen copias de esta política, un resumen en lenguaje sencillo, la solicitud y los materiales traducidos (según sea necesario) en el momento de su ingreso en el hospital o antes de la visita ambulatoria inicial para cada episodio de atención. Todos los estados de cuenta enviados a los pacientes contienen un resumen de la Política de asistencia financiera y orientan al paciente respecto a cómo ubicar la política y la solicitud. Adicionalmente, todos los documentos están disponibles en el sitio web del Hospital en www.hfsc.org.

Estos documentos están disponibles por solicitud, sin cargo, en formatos impreso o electrónico, llamando a los representantes de la cuenta de pacientes del Hospital o hablando con el personal de admisión/registro, los coordinadores de casos o los trabajadores sociales.

2. Las solicitudes deben devolverse al Departamento de Servicios Financieros para el Paciente para su procesamiento. Cuando se reciba un formulario de solicitud completo y el respaldo requerido en el Departamento de Servicios Financieros para el Paciente, el personal realizará una revisión de la información y le dará seguimiento con el solicitante en caso de que se requiera más información.

Ninguna cuenta de paciente será enviada a cobranza mientras esté pendiente una solicitud de asistencia financiera. Si las cuentas están actualmente en cobranza, el personal de Servicios Financieros para el Paciente notificará a la agencia de cobranza que detenga las actividades de cobranza hasta que se procese la solicitud de asistencia financiera.

3. Hospital for Special Care requiere comprobantes de ingresos de los últimos tres (3) meses en forma de:
 - Originales o copias de talones de pago.
 - Declaración firmada del empleador del paciente en carta con membrete, donde se detalle el nombre del cargo e ingresos brutos del solicitante;
 - Carta de verificación de beneficios de la Administración de Seguridad Social federal que proporcione una contabilidad de cualquier beneficio de seguro social, discapacidad o Medicare recibido por el(los) solicitante(s);
 - Impresión detallada de los beneficios de desempleo del Departamento del Trabajo del Estado de Connecticut (disponible en las oficinas locales o en <http://www.ctdol.state.ct.us/UI-Online/index.html>);
 - Estados bancarios que muestren los pagos mensuales de intereses;

- Declaraciones firmadas y certificadas por notario del apoyo económico recibido de cualquier persona que viva en el mismo hogar;
- Declaración, firmada y certificada por notario, del miembro ausente de la familia que aporta apoyo financiero a la familia;
- Copia de la beca de ayuda financiera para estudiantes universitarios que son declarados como dependientes por el(los) solicitante(s);
- Formularios W-2 o del impuesto sobre la renta de todos los adultos del hogar;
- Para personas que trabajen por cuenta propia, debe presentarse la declaración del impuesto sobre la renta de los años previos para su consideración;
- Notificación de denegación del programa público o del recurso del seguro.

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

4. Cuando el Departamento de Servicios Financieros para el Paciente de HFSC recibe una solicitud:
 - a. Si la solicitud está incompleta, el solicitante debe ser notificado por vía telefónica y por escrito en un plazo de dos (2) días hábiles a partir de la revisión realizada por el Representante de Cuentas de Pacientes. El solicitante tendrá quince (15) días hábiles a partir de la fecha de la notificación, para proporcionar la información requerida. Si no se recibe respuesta en dicho plazo, la solicitud se denegará por considerarse incompleta.
 - b. Si la solicitud está completa, el Representante de la cuentas de pacientes llenará la Hoja de trabajo de asistencia financiera, revisará la solicitud para verificar que cumpla con las pautas de elegibilidad de HFSC y recomendará la aprobación o la denegación de la solicitud en un plazo de cinco (5) días hábiles a partir de la recepción de la solicitud o de la información de seguimiento.

5. La determinación de la asistencia financiera utiliza los siguientes factores:
 - a. Cálculo de los ingresos:
 - El cálculo se basa en los ingresos de los tres (3) meses previos a la solicitud (es decir, para las solicitudes de abril, se usa la información de enero, febrero y marzo).
 - Para la proyección de la información de 12 meses, cuando solo se proporciona la de 3 meses, se multiplica por cuatro (4) los ingresos brutos totales de los 3 meses.
 - Si está disponible la información tanto de 3 meses como de 12 meses, se utilizará el monto menor de los dos proporcionados.
 - b. El cálculo de la elegibilidad se determina usando las pautas actuales de pobreza publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., que se actualizan periódicamente en el Registro Federal. La tasa de descuento otorgada al paciente se determinará usando estas pautas.
 - c. HFSC limitará el pago del paciente al monto que habitualmente se factura o se permite según el Sistema de Pago Prospectivo (PPS) de Medicare. La tasa de reembolso del PPS se basa en la lista de tarifas de Medicare, y los cálculos de las APC o DRG. En caso de que no hubiese un servicio/tarifa de Medicare comparable, se usará la lista de tarifas de Medicaid del Estado de Connecticut para determinar la tasa de pago con recursos propios de los no asegurados.

6. Los Representantes de la cuenta de pacientes presentarán la Hoja de trabajo de asistencia financiera completa, ante el Administrador de la cuentas de pacientes y reembolso y/o el Vicepresidente Sénior de Finanzas/Director de Finanzas, para su aprobación o denegación definitiva.
 - a. Se emitirá una denegación cuando:
 - La familia tenga un nivel de ingresos superior al elegible;
 - Se proporcione información incompleta y el paciente no responda a la solicitud de información adicional durante el plazo requerido;
 - Se considere que el paciente tiene activos significativos para cubrir las deudas.

7. El paciente podrá solicitar una apelación de la denegación o del nivel aprobado de asistencia financiera llenando el formulario de Apelación de la determinación de elegibilidad para recibir asistencia financiera:
 - a. El formulario de apelación deberá ser presentado ante HFSC en un plazo de treinta (30) días a partir de la decisión original. El paciente recibirá una notificación de la recepción de la apelación en un plazo de dos (2) semanas.

8. Todas las determinaciones deberán realizarse por escrito y en formularios impresos:
 - a. Las asignaciones de asistencia financiera se listan por número de cuenta en un formulario detallado de asignaciones elaborado por el Representante de la cuenta de pacientes. Una vez completado, este formulario será revisado y firmado por el Administrador de la cuentas de pacientes y reembolso.
 - b. El analista de control de efectivo ingresará la asignación de asistencia financiera en la cuenta del paciente en un plazo de dos (2) días a partir de la recepción usando el código de transacción apropiado para presentar el informe.

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

9. Las solicitudes aprobadas o denegadas y la documentación se archivarán por año fiscal en el Departamento de Servicios Financieros para el Paciente. También serán escaneados en la solución de almacenamiento de HFSC.
10. La aprobación de asistencia financiera para el pago reducido será efectiva mientras duren los servicios continuos o durante un (1) año, lo que cese primero.
11. La posterior aprobación de la determinación de Medicaid calificará potencialmente a los pacientes para una asistencia financiera completa en cuentas abiertas retenidas en HFSC o en la agencia de cobranza.
12. El Administrador de la cuenta de pacientes y reembolsos, o la persona que este designe, conciliará trimestralmente las cuentas de asistencia financiera para garantizar la precisión de los montos aprobados tal como se documentaron en la carpeta, los formularios de asignación completos y los montos en el libro mayor.
13. La Política de asistencia financiera del Hospital y los formularios asociados están publicados en la intranet y en el sitio web de HFSC.
14. Refiérase a la Política de facturación y cobranza para los procedimientos relacionados con el cobro de saldos después de que se aplica el ajuste de Asistencia financiera.

RESUMEN DE LAS PAUTAS DE ELEGIBILIDAD DE LA ASISTENCIA FINANCIERA:

- La asistencia financiera está disponible para cubrir los cargos hospitalarios por los servicios de atención al paciente proporcionados por los empleados y los profesionales de salud contratados de HFSC
- Las solicitudes de asistencia financiera pueden pedirse antes o después de haberse prestado los servicios.

- Para tener derecho a participar en el Programa de asistencia financiera de Hospital *for Special Care*, el solicitante debe cumplir con los criterios financieros establecidos por el hospital para el programa.
- Los solicitantes deben reunirse o hablar con un Representante de la cuenta de pacientes, un trabajador social o el Coordinador del programa para determinar los recursos financieros, los ingresos, los activos y la capacidad de pago. El Representante de las cuentas de pacientes, el trabajador social o el Coordinador del programa utilizará esta información para recomendar un plan, que será revisado por el Administrador de Facturación y Reembolsos y/o por el Vicepresidente de Finanzas/Director de Finanzas.
- Se requiere que los pacientes proporcionen información personal y financiera a fin de determinar su elegibilidad para el programa.
- Los documentos y la información que respalden la verificación de ingresos y activos deberán adjuntarse a la solicitud completada. No se tramitarán solicitudes incompletas.

Cuando se aprueba una solicitud de pagos reducidos conforme al Programa de asistencia financiera, la tarifa de descuento que se cobrará será el porcentaje correspondiente a las pautas de pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., en base a la información del año en curso publicada en el Registro Federal.

Para obtener ayuda o información adicional sobre su solicitud, llame al Departamento de Servicios Financieros para el Paciente, de Hospital for Special Care, al 860-827-4900. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.