

POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO

TÍTULO: Pago esperado de no asegurados y política de asistencia de servicio de salud	NÚMERO DE PÓLIZA: CHS-RMC-03 - Spanish	PÁGINA # 1 de 4
DEPARTAMENTO RESPONSABLE: Finanzas	NIVEL DE PÓLIZA: CHS	FECHA EFECTIVA: 2/10/23
PREPARADO POR: Patricia Schlemmer, Vicepresidente Paciente y residente de Servicios financieros	APROBADO POR: Lisa Cilano, Senior Vicepresidente, Financiero Bart Rodriguez, Vicepresidente Senior, Primer Oficial de la misión, Consejo de políticas operacionales corporativas CHS	MSMH: 6/19/16

Este documento no está destinado para crear, o para ser interpretado para constituir un contrato entre Servicios de salud católicos (CHS en adelante) y cualquiera de sus Asociados para empleo o la provisión de cualquier beneficio. Esta política sustituye cualquier política previa a esta política para cualquier organización CHS y cualquier descripción de dichas políticas en cualquier manual de dicha organización. EL personal que falle al cumplir con esta política puede ser sujeto de acción disciplinaria hasta e incluyendo despido.

PROPÓSITO: Basados en nuestra misión, Catholic Health está comprometida a proporcionar servicios de salud a todos los pacientes basados en necesidades médicas. Sin embargo, también podemos reconocer la necesidad de proporcionar asistencia financiera a aquellos para los que puede ser difícil administrar los gastos a los que se incurren cuando se reciben servicios médicos en nuestras instalaciones. El propósito de esta política es definir el Programa de asistencia de salud (HAP, por sus siglas en inglés) y establecer los lineamientos y criterios necesarios para la elegibilidad.

APLICA PARA: Catholic Health extiende descuentos para pacientes sin seguro o con el seguro inadecuado que reciben servicios medicamente necesarios. Mientras Catholic Health le sirve en primera medida a los cinco condados del Oeste de Nueva York, todos los pacientes que residen en el estado de Nueva York, estados contiguos, o el estado de Ohio, y aquellos cuyos ingresos del hogar sean iguales o menores al 400% de la más reciente Guía de Pobreza Federal (como está indicado en el Anexo C) son elegibles. Todos los otros pacientes serán revisados a discreción de Catholic Health.

POLÍTICA: El Programa de asistencia para el cuidado de salud, implementado de acuerdo con todas las leyes, reglas y regulaciones aplicables del estado de Nueva York y federales, consideran la habilidad de un paciente de contribuir a sus costos de salud y no pone una carga excesiva en el paciente o en la familia del paciente. Los pacientes recibirán información y asesoría sobre programas alternativos o servicios dentro de su comunidad, en conformidad con todas las leyes aplicables del estado de Nueva York y federales, tales como EMTALA (por sus siglas en inglés). Catholic Health hará esfuerzos razonables para explicar los beneficios de Medicaid y otros programas de cobertura pública y privada a pacientes y les ayudará con el proceso de aplicación. Un paciente puede aplicar por Medicaid, otros seguros, y/o asistencia financiera al mismo tiempo, y puede también ser evaluado para presunta elegibilidad como está descrito más adelante.

Esta política cubre todos los ministerios y servicios medicamente necesarios de Catholic Health con la excepción de lo siguiente: 1) servicios electivos no medicamente necesarios, 2) servicios con proveedores diferentes a los servicios provistos por la atención primaria de Catholic Health, proveedores empleados por Catholic Health, y otros enlistados como Proveedores de cobertura (mire Anexo D), 3) servicios de salud subagudo y de enfermería especializada a largo plazo y, 4) artículos de conveniencia como un televisor, teléfono o cargos de solicitud de habitación privada.

El Programa de asistencia de salud solamente cubre los servicios ejecutados por los proveedores empleados por Catholic Health. Los servicios ejecutados por proveedores no empleados dentro de una instalación de Catholic Health so serán cubiertos por el programa y serán cobrados separadamente. Las instrucciones en cómo obtener una lista de proveedores cubiertos y no cubiertos puede ser encontrada en el Anexo D.

PROCEDIMIENTO:

1. Expectativas de procedimiento general: Toda práctica de reembolso y recolección comprometida y observada por los empleados, contratistas y agentes de Catholic Health reflejará la misión, valores y políticas de Catholic Health; a los pacientes en admisión se les entrega, y reciben, acceso inmediato para cargar información por cualquier artículo o servicio proporcionado a ellos por solicitud; el programa será implementado de manera consistente con todas las leyes, reglas y regulaciones aplicables en el estado de Nueva York y federales; se notificará a los pacientes y a sus familias de las políticas de Catholic Health, incluyendo el Programa de asistencia de salud y la disponibilidad de asistencia financiera basada en necesidad, en términos de fácil entendimiento y en cualquier lenguaje hablado comúnmente por los pacientes en la comunidad
2. Un paciente sin seguro cuyo ingreso de hogar es igual o menor al 200% de la Guía de Pobreza Federal actual, califica a un 100% de descuento. Si el ingreso del hogar de un paciente es mayor al 200% y menor o igual al 400% de la Guía de Pobreza Federal actual, entonces el paciente califica a un descuento parcial, como está detallado en el Anexo C. En cumplimiento con la Sección 501(r) del Código de Ingreso Interno, a los pacientes elegibles no se les cobrará más de “la cantidad cobrada generalmente” (“AGB” por sus siglas en inglés) a individuos asegurados. AGB es la cantidad promedio que Catholic Health recibiría de Medicaid por una emergencia u otro servicio medicamente necesario. Si en el evento no hay una tarifa de Medicaid para el servicio necesario, el esquema de tarifas de Medicaid del estado de Nueva York será usado para determinar la tarifa de pago del paciente que no está asegurado.
3. Catholic Health usa herramientas para la elegibilidad presunta de terceros proveedores para apoyar en la determinación de la calificación de pacientes sin seguro para un descuento bajo el Programa de asistencia de salud. La valoración de la habilidad de un paciente para pagar es basada en una determinación presunciosa, objetiva y de buena fe que será aplicada a todos los pacientes no asegurados de la misma manera. Todas las fuentes de ingreso, los costos de vivienda, el tamaño de la familia y otras consideraciones financieras serán consideradas.
4. Un individuo no asegurado recibiendo un descuento de menos del 100% puede completar una Aplicación de asistencia financiera. Los pacientes sin seguro también son elegibles para descuentos bajo el Programa de asistencia financiera para compensar el costo del copago, deducibles, y otros balances restantes del paciente. Los pacientes interesados en el Programa de asistencia financiera deben completar, firmar y fechar un formulario de aplicación. Además, la aplicación debe incluir una de las siguientes formas de verificación de ingreso actual: Copia firmada del retorno de impuestos federales más recientes del paciente; copias de sus últimos tres recibos de pago; copias de sus últimos tres (3) recibos de pago de desempleo; copias de sus últimos dos extractos de pago del Seguro Social; registros comerciales de ganancias y gastos del negocio propio; o un extracto notariado y firmado verificando la ausencia de fuentes de ingreso. Una copia de la aplicación puede ser encontrada en el Anexo A.
5. La escala móvil para otorgar descuentos de asistencia financiera tanto para pacientes no asegurados como asegurados incorrectamente está planteada en el Anexo C.
6. Los pacientes tienen hasta el 240 días después del primer extracto de cobro para enviar una aplicación. Catholic Health tomará una determinación dentro de lo 30 días después de recibir la aplicación completa y la documentación complementaria como se describe arriba. Las otorgaciones serán dadas

por un periodo de 12 meses empezando con la fecha del servicio solicitado en la Aplicación de asistencia financiera. Los pacientes serán notificados de las determinaciones por escrito y cualquier pago hecho en exceso del descuento aprobado será reembolsado de manera oportuna. Si aplica, las agencias de recolección serán notificadas para suspender los intentos de cobro.

7. Si una aplicación está incompleta, Catholic Health proporcionará aviso por escrito sobre la información adicional necesaria. Los pacientes tendrán 30 días desde la fecha de la carta para completar la solicitud. Si la información no se recibe dentro del tiempo permitido, el caso será considerado cerrado y los intentos de recolección regulares empezarán.
8. El cobro e intentos de recolección, como está descrito en la Política de cobro y recolección CHS-RMC-08, serán suspendidos una vez se haya recibido una Aplicación para asistencia financiera completa. Un paciente puede desatender cualquier recibo de Catholic Health mientras la aplicación pendiente está bajo revisión. Si en cualquier momento durante el proceso de aplicación se determina que el paciente es elegible para Medicaid u otros programas de seguro, los intentos de cobro se suspenderán y se le cobrará al programa de pago apropiado.
9. Las prácticas de cobro relacionadas con la Política de cobro y recolección CHS-RMC-08 son de la siguiente manera:
 - a. La cuenta de un paciente sin Seguro no será reenviada a una agencia de cobros si el paciente ha completado una aplicación del Programa de asistencia de cuidado de salud o apeló y está en la espera de respuesta o determinación.
 - b. La salida forzada o ejecución de una hipoteca de la residencia primaria de un paciente sin seguro, para satisfacer la cuenta de un paciente, debe ser prohibida para todos los servicios con la excepción de los servicios de salud basados en la comunidad.
 - c. Los pacientes sin seguro que estén participando en el HAP deben ser notificados al menos treinta (30) días antes de que su cuenta sea enviada a una agencia de cobro.
 - d. Todas las agencias de cobro con las cuentas de Catholic Health deben obtener consentimiento escrito de Catholic Health antes de iniciar cualquier acción legal en cualquier cuenta de paciente.
 - e. Todas las agencias de cobro deben aceptar por escrito seguir todos los Procedimientos y políticas de cobro y pago esperado de los pacientes sin seguro de Catholic Health.
 - f. La administración responsable de asegurarse que todas las políticas de cobro estén de acuerdo con el Acta de prácticas de cobro de deudas justa federal y todas las leyes aplicables del estado de Nueva York.
 - g. Todas las agencias de cobro deben proporcionar información a los pacientes sobre cómo aplicar por asistencia de cuidado médico o apelar una determinación de asistencia de seguro médico que esté bajo sus expectativas.
10. Todas las agencias de cobro tienen prohibido hacer cobros de cualquier paciente que fue elegible para Medicaid al mismo tiempo que los servicios fueron prestados.
11. Los pacientes con balances restantes después del Programa de asistencia de servicio de salud serán elegibles para términos de pago extendidos. Los plazos de pagos serán cubiertos al 10% del ingreso bruto mensual del hogar definido del paciente en acuerdo con la ley de salud pública del estado de Nueva York.
12. Cualquier otra determinación hecha bajo esta política puede ser apelada por teléfono o por escrito como está detallado en el Anexo B. Todas las reconsideraciones serán hechas dentro de 30 días de la fecha de la apelación.

13. La información del Programa de asistencia de servicios de salud está publicada en áreas clave de acceso público, tales como áreas de registro y Departamentos de emergencia. Además, el sitio web de Catholic Health contiene información sobre cómo aplicar y también un resumen de esta política entera en lenguaje sencillo. La información está disponible en el idioma primario hablado en la comunidad. También se les ofrece a los pacientes la oportunidad de tener el material traducido por un servicio de traducción telefónica multilingüe. Todos los materiales e información estarán disponible para los pacientes bajo solicitud y encontrada en el sitio web www.chsbuffalo.org/billing-insurance/financial-assistance.
14. Los socios de Catholic Health comprometidos en la toma de determinaciones de asistencia financiera serán entrenados no menos de una vez al año y se mantendrán actualizados de los procedimientos y, o cambios de regulación.

NIVEL DE REVISIÓN:

Esta política será revisada anualmente para asegurarse del cumplimiento con las regulaciones federales y del estado relacionado y con cualquier cambio en la metodología operacional o de procesos de Catholic Health.

Anexo A: Aplicación para el programa de asistencia de servicios de salud



Gracias por escoger Catholic Health para sus necesidades de servicios de salud. Es un placer ofrecerle la oportunidad de aplicar por asistencia financiera. Para ser considerado para nuestro Programa de asistencia de servicios de salud, por favor imprima esta carta y proporcione la información requerida a continuación:

Nombre completo del paciente: _____

Fecha de Nacimiento del paciente: _____ # Telefónico: _____

Teléfono de contacto: _____

Dirección del paciente: _____

Número de cuenta del recibo: _____

Número de personas en la casa (usted, su pareja, y niños menores de 18 años) _____

Adicionalmente, por favor incluya una de las siguientes formas de verificación de ingreso actual:

- Copia firmada del retorno de impuestos federales más recientes del paciente; copias de sus últimos tres recibos de pago; copias de sus últimos tres (3) recibos de pago de desempleo; copias de sus últimos dos extractos de pago del Seguro Social; registros comerciales de ganancias y gastos del negocio propio; o un extracto notariado y firmado verificando la ausencia de fuentes de ingreso.

Usted tiene 240 días desde su primer extracto de cobro para enviar esta aplicación junto a toda la documentación requerida. Mientras su aplicación está siendo revisada, usted puede descuidar los cobros que reciba de Catholic Health. Por favor llámenos al 716-601-3600 o visite nuestro sitio web <https://www.chsbuffalo.org/billing-insurance/financial-assistance> para más información.

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor envíe por correo la información requerida junto con esta carta complete a:

Catholic Health/RMC.

144 Genesee Street, 3rd floor

Buffalo, NY 14203

Attn: Supervisor, Departamento de crédito y cobros

Anexo B: Apelación a determinaciones de asistencia de servicios de salud

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

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

Todas las decisiones sobre una apelación serán completadas dentro de 30 días del recibimiento de la solicitud. Los pacientes serán notificados de cualquier resultado de apelación por escrito. Si después de revisar la decisión, un paciente no está satisfecho, puede solicitar una apelación final de la misma manera. La revisión de apelaciones finales también se desarrollará en los 30 días desde la fecha de solicitud.

Todas las apelaciones finales serán revisadas por el vicepresidente de los Servicios financieros del paciente o su delegado. Una determinación escrita de la apelación final firmada por el sujeto o el grupo de decisión será enviada por correo al aplicante.

Con la excepción de circunstancias extraordinarias (dicha información adicional o revisada que impactaría la decisión original, recibida después de la fecha de la decisión de apelación final) todas las decisiones realizadas en apelaciones serán finales. La notificación escrita de determinación de la apelación final no contendrá ningún aviso de derecho de más revisión o apelación.

Anexo C: Guía de pobreza federal a febrero 2024

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

Anexo D: Proveedores cubiertos y no cubiertos por el Programa de asistencia de servicio de salud:

Usted 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 están solamente cubiertos bajo esta política cuando se realicen servicios en el lugar señalado.

También puede confirmar si un proveedor está cubierto bajo esta política al contactar a Servicios financieros del paciente al 716-601-3600

FECHA DE ORIGINACIÓN: 2/8/23								
REEMPLAZA (si aplica): NA								
	Fecha/ Iniciales	Fecha/ Iniciales	Fecha/ Iniciales	Fecha/ Iniciales	Fecha/ Iniciales	Fecha/ Iniciales	Fecha/ Iniciales	Fecha/ Iniciales
EVALUADO:								
REVISADO:	02/22/2024 SS							
REVISADO:								
APROBACIÓN CSC/OPC: Going to 2/22/23 OPC								
REFERENCIAS: NA								