

P. ¿Qué es el programa de asistencia financiera?

R. Basándonos en nuestra misión, Catholic Health está comprometido a brindar servicios de salud a todos los pacientes basados en necesidades médicas. Sin embargo, reconocemos también la necesidad de brindar asistencia financiera para quienes es difícil administrar los gastos en los que se incurre cuando se reciben servicios médicos en nuestras instalaciones. El propósito del programa de asistencia de salud es proporcionar ayuda a las personas necesitadas y establecer las guías necesarias para elegibilidad.

P. ¿Cómo se determina la elegibilidad?

R. Catholic Health extiende descuentos a pacientes sin seguro o mal asegurados que reciben servicios médicamente necesarios. Mientras Catholic Health sirve principalmente en 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 que tengan un ingreso total en casa que sea igual o menor al 400% de las guías de pobreza federal más reciente, son elegibles. Todos los otros pacientes serán revisados a discreción de Catholic Health.

P. ¿Cuáles son los límites de ingreso para calificar para asistencia financiera?

R. La cantidad de descuento varía basada en el ingreso de un paciente y el tamaño de la familia de hasta 400% de las guías de pobreza federal.

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*

P. ¿Qué servicios están cubiertos bajo este programa?

R. Todos los ministerios de Catholic Health y servicios medicamente necesarios están cubiertos, con la excepción de los siguientes: servicios electivos médicamente no necesarios, servicios de médico principal con otros proveedores de servicios además de Catholic Health y proveedores empleados por Catholic Health, y, servicios de cuidado de largo plazo y subagudos. El programa también excluye artículos de conveniencia como televisión, teléfono y cargos de solicitud de habitación privada.

Solamente los servicios prestados por proveedores empleados por Catholic Health están cubiertos por el programa de asistencia de salud. Los servicios prestados por proveedores que no están empleados dentro de las instalaciones de Catholic Health no serán cubiertos por el programa y serán cobrados separadamente.

P. ¿Qué significa medicamente necesario?

R. De acuerdo a [Medicare.gov](https://www.medicare.gov), los servicios de salud o suministros son “medicamente necesarios” si: 1) Son necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión, condición, enfermedad (o sus síntomas). 2) Cumplen estándares médicos aceptados.

P. ¿Cómo aplico para la asistencia financiera?

R. Usted puede encontrar una aplicación en nuestro sitio web <https://www.chsbuffalo.org/billing-insurance/financial-assistance> o puede contactar a nuestro equipo de servicios financieros al paciente al (716) 601-3600 para más información.

- También necesitará enviar 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 notarizado y firmado verificando la ausencia de fuentes de ingreso.

Usted puede enviar su aplicación por correo a:
Catholic Health/RMC.
144 Genesee Street, 3rd Floor
Buffalo, NY 14203
Attn: Supervisor, Departamento de crédito y cobros

P. ¿Hay fechas importantes para la aplicación?

- R. Sí, usted debería saber de las siguientes fechas cuando está aplicando por asistencia:
- 1) Los pacientes tienen hasta el 240vo día después del primer recibo de pago para enviar la aplicación.
 - 2) Catholic Health tomará determinaciones dentro de los 30 días de recepción de la aplicación completa y documentos de soporte.
 - 3) Si una aplicación está incompleta, Catholic Health proporcionará un aviso escrito de la información adicional necesaria. Los pacientes tendrán 30 días desde la fecha de la carta para cumplir con la solicitud. Si la información no es recibida dentro del tiempo permitido, el caso será considerado cerrado y los esfuerzos de cobro regular empezarán.

P. ¿Qué si recibo un cobro mientras mi aplicación está siendo procesada?

R. No se requiere que usted pague un recibo mientras su aplicación para asistencia financiera está siendo procesada.

P. ¿Qué si se determina que no soy elegible para asistencia o si todavía no puedo pagar el balance que tengo después de la retribución dada?

R. Si se determina que no es elegible para asistencia financiera, Catholic Health le enviará una explicación escrita. Usted puede apelar cualquier determinación y Catholic Health le brindará respuesta escrita dentro de 30 días.

P. ¿Cómo puedo obtener más información sobre el programa de asistencia financiera?

- R. Puede encontrar más información:
1. En nuestra página web <https://www.chsbuffalo.org/billing-insurance/financial-assistance>
 2. Al contactar a nuestro equipo de servicios financieros al paciente al (716) 601-3600
 3. Visitando nuestras instalaciones

P. ¿Qué si tengo un problema que no puede ser resuelto con Catholic Health?

R. Puede llamar a la línea directa de quejas del departamento del estado de Nueva York al 1-800-804-5447.