



Griffin Hospital
130 Division Street Derby, CT 06418

Política de asistencia financiera

TÍTULO: *Programa de asistencia financiera para pacientes del hospital no asegurados o infraasegurados*

I. Propósito/resultado esperado:

Esta Política de asistencia financiera (FAP, por sus siglas en inglés) está prevista para abordar el interés doble de proporcionar acceso a la atención a las personas que no tienen la capacidad de pagarla y ofrecer una tarifa reducida a las personas que pueden pagar una parte del costo de la atención que reciben. Esta política establece el marco básico de un Programa de asistencia financiera y los procesos para determinar la elegibilidad para asistencia financiera que se aplicarán al Hospital (según se define a continuación).

Definiciones:

- A. El término Montos generalmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés) significa los montos que generalmente se facturan por los Servicios cubiertos que se proporcionan a personas que tienen un seguro que cubre dicha atención, los cuales se reducen a la tarifa actual de Medicare con el uso del método prospectivo. El método prospectivo implica el uso del proceso de facturación y codificación que el Hospital usaría si la Persona elegible para la FAP (según se define) fuera beneficiaria del sistema de honorarios por servicio de Medicare y el establecimiento de AGB por dicha atención por el monto que el hospital determine que sería el monto total que Medicare permitiría por dicha atención (lo que incluye tanto el monto que Medicare reembolsaría como el monto que el beneficiario sería personalmente responsable de pagar en la forma de copagos, coseguro y deducibles).
- B. El término Servicios cubiertos significa Atención médica de emergencia u otros servicios Médicamente necesarios que se proporcionan en el establecimiento a los pacientes internados y ambulatorios del Hospital. Los pacientes que viven en Connecticut y necesiten servicios de emergencia pueden recibir atención y calificar para un descuento si tienen determinados niveles de ingresos, según se describe más abajo. Los pacientes que viven en Connecticut pueden calificar para un descuento de servicios Médicamente necesarios que no sean de emergencia si tienen determinados niveles de ingresos que se describen más abajo.

Los Servicios cubiertos no incluyen facturas por servicios proporcionados por médicos que no sean empleados, salvo que dichos servicios profesionales estén incluidos en la factura del Hospital por sus servicios. En el sitio web del Hospital se encuentra una lista de los médicos proveedores o los grupos de proveedores cuyos servicios están cubiertos en virtud de esta FAP en el transcurso de proporcionar Atención médica de emergencia u otros servicios Médicamente necesarios.

- C. El término Afección emergente significa una afección médica que se ha producido como resultado de la aparición repentina de una afección de salud que presenta síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido el dolor intenso) que, si no se recibe atención médica de inmediato, es razonablemente probable que ponga en riesgo serio la salud del paciente, cause un deterioro grave de las funciones corporales o cause una disfunción grave de algún órgano o parte del cuerpo.
- D. El término Atención médica de emergencia significa la atención médica que se debe proporcionar para casos de Afecciones emergentes, de conformidad con la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto (Emergency Medical Treatment and Labor Act), artículo 1867 de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) (Título 42 del Código de los Estados Unidos [USC, por sus siglas en inglés] 1395dd) a las personas, independientemente de su elegibilidad para recibir Asistencia financiera en virtud de esta política. Más específicamente, el término Atención médica de emergencia hace referencia a los servicios que se deben proporcionar en virtud del subcapítulo G del Capítulo IV del Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations) y Reglamentaciones del Tesoro (Treasure Regulations), artículo 1.501(r)-4(c) (o cualquier reglamentación que la suceda), en la medida que dichas reglamentaciones sean aplicables a SNCH.
- E. El término Persona elegible para FAP significa una persona que es elegible para recibir asistencia financiera en virtud de esta Política independientemente de si la persona presentó una solicitud de asistencia financiera.
- F. El término Hospital significa Griffin Hospital.
- G. El término Médicamente necesarios significa los servicios que son necesarios para prevenir, diagnosticar, corregir o curar afecciones que causan un sufrimiento agudo en una persona; que ponen en peligro la vida; que causan una dolencia o enfermedad; que interfieren en su capacidad de realizar sus actividades normales; o que amenazan con una incapacidad considerable.
- H. El término Servicios financieros para el paciente (PFS, por sus siglas en inglés) significa la unidad operativa del Hospital que es responsable de la facturación y el cobro de cuentas de pago particular por servicios de hospital.
- I. El término Resumen en términos sencillos (PLS, por sus siglas en inglés) de la FAP significa una declaración por escrito que notifica a una persona que el Hospital ofrece asistencia financiera en virtud de una FAP y proporciona la información necesaria en términos claros, concisos y fáciles de comprender.

Criterios de elegibilidad para asistencia financiera:

Los Servicios cubiertos elegibles en virtud de esta Política se pondrán a disposición del paciente en función de su necesidad financiera, según se determina en referencia a los Niveles federales de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) que estén vigentes al momento de la determinación.

Los pacientes cuyos ingresos equivalgan al 400 % o menos de las Guías federales de nivel de pobreza son elegibles para recibir asistencia financiera en los niveles que se especifican en la tabla que figura a continuación. Luego de recibir una solicitud completa de asistencia financiera, el Hospital suspenderá las actividades de facturación y cobro hasta que se tome una decisión final y se comunique dicha decisión.

Tamaño del grupo familiar	del 250 % de las Guías de ingresos de pobreza del HHS: Atención gratuita en un 100 %	del 280 % de las Guías de ingresos de pobreza del HHS: Atención gratuita en un 85 %, al paciente le corresponde pagar el 15 %	del 310 % de las Guías de ingresos de pobreza del HHS: Atención gratuita en un 75 %, al paciente le corresponde pagar el 25 %	del 340 % de las Guías de ingresos de pobreza del HHS: Atención gratuita en un 50 %, al paciente le corresponde pagar el 50 %	del 370 % de las Guías de ingresos de pobreza del HHS: Atención gratuita en un 35 %, al paciente le corresponde pagar el 65 %	del 400 % de las Guías de ingresos de pobreza del HHS: Atención gratuita en un 30 %, al paciente le corresponde pagar el 70 %
	Mayor de/hasta	Mayor de/hasta	Mayor de/hasta	Mayor de/hasta	Mayor de/hasta	Mayor de/hasta
1	0-30,350	30,351 - 33,992	33,993 - 37,634	37,635 - 41,276	41,277 - 44,918	49,919 - 48,560
2	0-41,150	41,151 - 46,088	46,089 - 51,026	51,027 - 55,964	55,965 - 60,902	60,903 - 65,840
3	0- 51,950	51,951 - 58,184	58,185 - 64,418	64,419 - 70,652	70,653 - 76,886	76,887 - 83,120
4	0-62,750	62,751 - 70,280	70,281 - 77,810	77,811 - 85,340	85,341 - 92,870	92,871 - 101,400
5	0- 73,550	73,551 - 82,376	82,377 - 91,202	91,203 - 100,028	100,029 - 108,854	108,855 - 117,680
6	0- 84,350	84,351 - 94,472	94,473 - 104,594	104,595 - 114,716	114,717 - 124,838	124,839 - 134,960
7	0-92,850	92,851 - 103,992	103,993 - 115,134	115,135 - 126,276	126,277 - 137,418	137,419 - 148,560
8	0-103,300	103,301 - 115,696	115,697 - 128,092	128,093 - 140,488	140,489 - 152,884	152,885 - 165,280

Se tendrá consideración caso por caso al proporcionar asistencia financiera por los pacientes que hayan agotado sus beneficios del seguro o que hayan superado sus criterios de elegibilidad financiera, pero se enfrenten a costos médicos extraordinarios, como deducibles, coseguro y copagos.

Asistencia financiera: Método para presentar la solicitud:

Cualquier paciente, familiar, amigo cercano o asociado (sujeto a las leyes de privacidad aplicables) puede solicitar una solicitud de asistencia médica en las áreas de registro del Hospital o en el Departamento de Asistencia Financiera durante el horario de atención habitual. También se pueden obtener estos documentos enviando por correo postal una solicitud por escrito al Departamento de Asistencia Financiera o por teléfono, llamando al 203-732-1510. Las solicitudes de Asistencia financiera se proporcionarán en persona, por correo postal o por correo electrónico.

La Asistencia financiera no se considera que sustituya la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes colaboren con los procedimientos del Hospital para la obtención de Asistencia financiera u otras formas de pago, y que aporten al costo de la atención que reciben en función de su capacidad de pago individual. A las personas que tengan la capacidad financiera de adquirir un seguro de salud se las instará a hacerlo. Los pacientes que sean elegibles para Medicaid u otro seguro de salud público deben colaborar al presentar la solicitud de dicho seguro.

Los pacientes tendrán doscientos cuarenta (240) días desde la fecha de la primera factura posterior al alta para completar una solicitud de asistencia financiera. El Hospital puede realizar una exención al período de 240 días si el paciente puede presentar un motivo suficiente que

justifique la demora en la presentación. Todas las presentaciones tardías requerirán la aprobación del Director del Ciclo de Ingresos.

Las solicitudes completas se deben entregar al Departamento de Asistencia Financiera en persona o por correo postal simple.

Las solicitudes que se presentan pero no están completas (es decir, no se ha proporcionado toda la información/todos los documentos requeridos) se devolverán al paciente con una explicación de la información/los documentos que faltan y con una notificación al paciente que le indique que tiene un plazo razonable (es decir, un mínimo de 30 días) para volver a presentar la solicitud con la información/los documentos que faltan. También se proporcionará una copia del PLS, un aviso de las potenciales medidas de cobro extraordinarias (ECA, por sus siglas en inglés) y la información de contacto del Departamento de Asistencia Financiera. El plazo razonable depende de los datos y las circunstancias particulares, p. ej., la cantidad de información/documentación adicional que se está solicitando.

Las solicitudes completas las procesarán los Asesores de asistencia financiera del Departamento de Asistencia Financiera. El Hospital deberá emitir una aprobación o denegación por escrito (que incluya el proceso de apelación) al paciente en el término de los treinta (30) días posteriores a la recepción de una solicitud completa.

Requisitos de documentación:

Se debe proporcionar información sobre todos los miembros del grupo familiar al Departamento de Asistencia Financiera, junto con la siguiente documentación:

- Identificación válida con fotografía junto con prueba de domicilio.
Ejemplo: licencia de conducir; pasaporte; factura actual de servicios públicos o factura de impuestos a la propiedad.
- Prueba de ingresos de los últimos 3 meses.
Ejemplos: recibos de sueldo, cheques del Seguro Social, cheques por desempleo; una carta de una parte que le brinde apoyo, una declaración de un empleador con membrete de la compañía que incluya información sobre sus ingresos
- Tres resúmenes bancarios
- Declaraciones de impuestos completadas

Proceso de denegación/apelación:

Se notificará a los pacientes si se deniegan sus solicitudes en virtud de la FAP. Si el paciente no queda conforme con la determinación, puede presentar una solicitud de apelación por escrito o de forma oral ante el Director del Ciclo de Ingresos. El Director del Ciclo de Ingresos revisará la solicitud y la documentación de respaldo, y tomará una decisión en el término de los 60 días. El Director Financiero debe aprobar dichas determinaciones.

Base para calcular los Montos generalmente facturados:

El Hospital ha adoptado la Tarifa de Medicare como Monto generalmente facturado (AGB) con el uso del método prospectivo, como se define en las reglamentaciones del Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés) en el Título 26 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés), artículo 1.501(r)-5. En función de esto, luego de que se determine que un paciente es elegible para recibir Asistencia financiera, se ajustará el saldo de la cuenta del paciente al cuadro tarifario actual aplicable de Medicare, y se enviará al paciente una factura revisada en la que se muestre el descuento.

Comunicación del Programa de asistencia financiera:

El Hospital publica folletos y carteles en los que se describe la disponibilidad de asistencia financiera en inglés y español en lugares destacados a lo largo de la organización, lo que incluye la Sala de Emergencias, el Departamento de Asistencia Financiera, el departamento de Admisión y otras áreas de registro de pacientes ambulatorios que se encuentran en el establecimiento y en otros lugares públicos. Además, se notifica a los pacientes sobre esta política como parte del paquete de admisión de los pacientes internados y a través de carteles publicados en lugares destacados donde los pacientes se registran para recibir servicios ambulatorios.

El PLS se debe ofrecer a los pacientes tras la admisión o el alta, incluso en las facturas en las que se notifique a los pacientes sobre potenciales ECA (según se define más abajo). Se debe incluir una notificación evidente con respecto a la existencia de la FAP en todas las facturas a los pacientes, junto con el número de teléfono del Departamento de Asistencia Financiera y el sitio web del Hospital: <http://www.griffinhealth.org/griffin-hospital/billing-insurance/free-care-assistance>

En el sitio web del Hospital también se puede acceder a la FAP, al formulario de solicitud y al PLS. Los carteles que figuran en el sitio web indican de forma destacada que estos materiales se pueden descargar sin cargo, y los pacientes no deben crear una cuenta ni proporcionar información que los identifique personalmente. De este modo, se notifica adecuadamente a los pacientes que pueden recibir una copia gratuita de esta política, del PLS o una solicitud de asistencia financiera.

Como parte de la orientación de los empleados, se informa sobre la FAP del Hospital a todos los miembros del personal del Hospital. Los miembros del personal que interactúan con pacientes o que tienen la responsabilidad de facturar y cobrar reciben capacitación sobre la implementación de esta política. Entre dichos miembros del personal se incluyen, a título enunciativo, Representantes de Acceso del Paciente, Asesores financieros, Representantes de Servicios financieros a pacientes, Asistentes sociales, Administradores de casos, Capellanes y representantes de religiones.

La notificación sobre la disponibilidad de asistencia financiera también se difunde ampliamente a los miembros de la comunidad a los que sirve el Hospital de diversas formas, incluidas, entre otras, las siguientes:

- Mediante la inclusión de un anuncio exhibido de forma destacada en el boletín informativo del Hospital que se envía por correo postal a las personas que se encuentran en la base de datos de clientes del Hospital, en el que se informe a los lectores que el Hospital ofrece asistencia financiera y se proporcione la información de contacto adecuada.

Política de cobro y Medidas de cobro extraordinarias (ECA):

Las medidas que el Hospital tomará en el supuesto de falta de pago se describen en la política del Hospital titulada: “Servicios financieros para el paciente: Política sobre facturación y cobro de cuentas de pago particular”. En el sitio web del Hospital se encuentra disponible una copia gratuita de esta política, la cual también se puede obtener en el Departamento de Asistencia Financiera.

Traducción:

La Política de asistencia financiera de Griffin Hospital, el formulario de solicitud en virtud de la FAP y un resumen en términos sencillos de la FAP se encuentran disponibles actualmente en inglés y español.