

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

OBJETIVO:

Esta Política de asistencia financiera y atención benéfica documenta el compromiso de Bristol Health de proporcionar asistencia financiera a pacientes no asegurados elegibles que no tengan la capacidad de pagar una parte o la totalidad de los costos de atención médica para servicios de emergencia y otros servicios de atención sanitaria médicamente necesarios, y de garantizar que dicha asistencia financiera esté disponible de conformidad con todos los estatutos y las regulaciones estatales y federales aplicables, y de forma coherente con la misión de Bristol Health.

DEFINICIONES:

"AGB" (por sus siglas en inglés) son los montos generalmente facturados por una emergencia u otro tipo de atención médica necesaria para personas con cobertura de seguro.

"EMTALA" (por sus siglas en inglés) es la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo, Título 42, sección 1395dd, del Código de los EE. UU.

"Familia" significa, de acuerdo con la definición de la Oficina de censos, un grupo de dos o más personas que residen juntas y están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. De acuerdo con las reglas del Servicio de Impuestos Internos, si el paciente señala a alguien como dependiente en su declaración de impuesto sobre la renta, puede considerarse dependiente para los fines de la provisión de asistencia financiera.

"FAP" (por sus siglas en inglés) es el Programa de asistencia financiera descrito en esta Política de asistencia financiera y atención benéfica.

"FPG" (por sus siglas en inglés) son las Pautas federales de pobreza, establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, vigentes para el momento de la determinación.

"Cargos brutos" son los cargos publicados por la organización.

"Servicios de atención sanitaria médicamente necesarios" son los servicios requeridos para identificar o tratar una afección médica, enfermedad o lesión según los síntomas, el diagnóstico o el tratamiento de la afección subyacente del paciente, de conformidad con los estándares profesionales de atención médica generalmente aceptados en la comunidad médica.

"No asegurado" se define en el estado de Connecticut como una persona que es responsable de uno o más cargos hospitalarios y cuyos ingresos sean del 250% o menos de las FPG y quien (A) haya solicitado y se le haya denegado la elegibilidad para cualquier cobertura médica o de atención sanitaria proporcionada a través del programa Medicaid debido a la imposibilidad de cumplir con los requisitos de ingresos u otros requisitos de elegibilidad, y (B) no sea elegible para cobertura en los programas de Medicare o CHAMPUS, ni en ningún programa de Medicaid ni de seguro médico de ningún país, estado, territorio o territorio autónomo, ni de ningún otro programa de seguro médico o de accidentes, o programa de beneficios con financiamiento gubernamental o privado incluidos, entre otros, la compensación e indemnización laboral, liquidaciones o juicios que surjan de reclamaciones, pleitos o procedimientos que involucren accidentes con vehículos automotores o presunta negligencia. Para los fines de esta política, Bristol Health puede considerar a un paciente como no asegurado para recibir asistencia parcial hasta por el 400% de las FPG.

DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA:

Es política de Bristol Health proporcionar asistencia financiera a pacientes elegibles que tengan dificultad para pagar servicios de emergencia y otros servicios de atención sanitaria médicamente necesarios. Independientemente de la elegibilidad para dicha asistencia financiera, Bristol Health proporcionará atención, sin discriminación y sin considerar al pagador, para afecciones médicas de emergencia de conformidad con la EMTALA y con la política de tratamiento médico de emergencia de Bristol Hospital. Esta política está diseñada para proporcionar el nivel adecuado de asistencia financiera a la mayor cantidad de pacientes elegibles que realmente la necesiten y, al mismo tiempo, para garantizar que Bristol Health tiene los recursos disponibles para servir a su comunidad. En consecuencia, esta política cubrirá servicios de atención sanitaria médicamente necesarios, que no sean de emergencia, solo para ciudadanos de los EE. UU. que hayan residido en el área de servicio principal y secundaria de Bristol Health durante al menos un (1) año, sujeto a excepciones limitadas que se describen a continuación en la sección "Elegibilidad del paciente".

ENTIDADES Y PROFESIONALES INDIVIDUALES CUBIERTOS:

Esta política se aplica a Bristol Hospital y a las siguientes filiales de Bristol Health: Bristol Health Medical Group, Bristol Health Emergency Medical Services, Bristol Health Ingham Manor, and Bristol Health Home Care & Hospice. También se adjunta en el Apéndice A una lista de los proveedores de Bristol Health que proporcionan atención de emergencia y atención médicamente necesaria adicional. La lista indica si el proveedor está incluido en el FAP. Si el proveedor no está incluido en el FAP, los pacientes deben comunicarse directamente con el consultorio del proveedor.

ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE:

Los pacientes no asegurados que son ciudadanos de los EE. UU. y han residido durante al menos un (1) año en el área de servicio principal o secundaria de Bristol Health son elegibles para presentar una solicitud al FAP para recibir asistencia financiera. Las áreas de servicio principal y secundaria de Bristol Health comprenden las siguientes comunidades: Bristol, Plainville, Plymouth, Terryville, Burlington, Farmington, Southington, Harwinton, Thomaston y Wolcott. Además, también pueden presentar una solicitud para el FAP los residentes legales no estadounidenses, no asegurados, que cumplan con el requisito de cinco (5) años de residencia para Connecticut Medicaid y que hayan residido en las áreas de servicio identificadas durante al menos un (1) año.

La elegibilidad para la asistencia financiera estará limitada solo a aquellos pacientes que cumplan las condiciones descritas en el párrafo anterior. Los pacientes que no se ubiquen en ninguna de las categorías antes descritas, incluso los pacientes que reciben atención por afecciones médicas de emergencia, no se considerarán para asistencia financiera.

Un paciente con seguro, cuya compañía aseguradora no incluya a Bristol Health como proveedor participante, se considerará como pago por cuenta propia. En ese caso, se requerirá un depósito del 33% de los cargos estimados antes de registrar o programar al paciente para un servicio que no sea de emergencia, y no se proporcionará asistencia financiera.

La asistencia financiera no sustituye la responsabilidad del paciente. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de solicitud del FAP de Bristol Health y que contribuyan con los costos de la atención que reciben en función de su capacidad de pago. Se recomendará a las personas con capacidad financiera para comprar seguro médico que lo hagan como una forma de asegurarse el acceso a servicios de atención médica para su salud personal general y para la protección de sus activos individuales.

Los pacientes también deben presentar solicitudes en programas gubernamentales, incluso Medicaid, para asegurarse el acceso a servicios de atención médica, y solo podrán presentar una solicitud para el FAP si se les deniega esa asistencia.

ALCANCE DEL FAP:

El FAP se aplica a todos los servicios de atención médica de emergencia y otros servicios médicamente necesarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios. El FAP no está disponible para procedimientos electivos, estéticos y bariátricos no cubiertos ni para otros procedimientos y costos que no se consideran médicamente necesarios conforme a los estándares médicos generalmente aceptados. Además, el FAP no está disponible para tarifas accesorias por productos y servicios como enfermería privada, cargos por servicios como televisión y teléfono ni para otros descuentos y deducciones que no se describan en esta política.

NIVELES DE ASISTENCIA FINANCIERA:

La asistencia financiera para servicios elegibles conforme a esta política puede estar disponible de forma total o parcial para el paciente no asegurado, en base al tamaño de la familia y los niveles federales de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) usando las FPG vigentes al momento de la determinación. Un paciente no asegurado cuyos ingresos sean inferiores o iguales al 250% de los FPL y cumpla con todos los demás criterios de elegibilidad podrá acceder a un descuento del 100%. Los pacientes no asegurados elegibles con ingresos de hasta el 400% de los FPL podrán acceder a un descuento de escala variable definida en el Apéndice B.

A ninguna persona determinada como elegible conforme al FAP se le cobrará por los servicios de emergencia u otros servicios sanitarios médicamente necesarios más que los montos generalmente facturados (AGB) a personas que tienen seguro para cubrir la atención que reciben. El Apéndice B describe cómo ha calculado Bristol Health los AGB y el porcentaje de los AGB usado para el año en curso. Bristol Health calcula los AGB anualmente y puede revisar el porcentaje de los AGB en función de ese cálculo. El porcentaje de AGB se aplica para reducir cargos antes de aplicar cualquier descuento en la escala variable del FAP.

Todos los pacientes deben presentar una solicitud siguiendo los procedimientos que se describen a continuación para ser considerados para asistencia financiera.

Paciente no asegurado en estado de indigencia médica catastrófica: Un paciente no asegurado que se determina incapaz de pagar sus facturas debido a gastos médicos catastróficos que exceden el 50% de los ingresos brutos familiares anuales puede ser elegible para obtener descuentos según el caso. El paciente deberá presentar una solicitud de asistencia financiera junto con otra documentación de respaldo, tal como facturas médicas, facturas de medicamentos o dispositivos médicos y evidencia adicional relacionada con facturas médicas elevadas no exclusivas de Bristol Health.

PROCEDIMIENTOS DE SOLICITUD:

A fin de ser considerado para recibir asistencia financiera, el paciente debe completar una Solicitud de asistencia financiera y proporcionar cierta información financiera y documentación adicional que podría solicitársele para la determinación de elegibilidad conforme al FAP.

Bristol Health intentará ayudar a todos los pacientes registrados como "pago por cuenta propia" a identificar y adquirir cobertura, y/o a establecer un plan de pago para los montos determinados como responsabilidad del paciente antes de recibir los servicios de atención sanitaria

médicamente necesarios, y proporcionará información sobre el FAP y el procedimiento de solicitud a cualquier paciente que pague por cuenta propia que quizá no pueda adquirir cobertura o pagar el servicio.

Todos los pacientes que soliciten consideración para la asistencia financiera deberán solicitar cobertura de Medicaid u otro programa de seguro disponible financiado por el gobierno. Si el saldo del paciente es inferior a \$230, el paciente puede solicitar asistencia financiera sin solicitar cobertura de Medicaid.

Todas las solicitudes deben incluir la siguiente documentación:

1. Constancia de residencia legal (p. ej., tarjeta del seguro social o licencia de conducir) y constancia de residencia de al menos un año en el área de servicio principal o secundaria de Bristol Health: Bristol, Plainville, Plymouth, Terryville, Burlington, Farmington, Southington, Harwinton, Thomaston y Wolcott
2. Todas las fuentes de ingreso, incluidos los ingresos del/de la cónyuge, al momento de presentar la solicitud y cualquier otra documentación suficiente para demostrar el ingreso bruto anual del grupo familiar (tenga en cuenta que si la pérdida de ingresos se debe a una elección personal del paciente, el paciente podría no calificar para la asistencia financiera).
3. Activos, incluidos los estados de cuenta de cuentas corrientes y de ahorros. Para que puedan considerarlo, el valor de los activos debe ser inferior a \$7.500 para una persona y a \$15.000 para una familia. Los activos no incluyen la residencia principal ni los vehículos necesarios para desplazarse al trabajo.
4. La más reciente declaración de impuestos 1040 completa con anexos de respaldo y formularios W-2.
5. Cuentas de inversión
6. Otros documentos:
 - a. Los últimos cuatro (4) talones de pago semanales, o dos (2) talones de pago quincenales, que incluyan el nombre del empleador.
 - b. Una declaración del empleador con membrete de la compañía que indique los salarios brutos de las últimas cuatro (4) semanas e indique que el empleador no ofrece seguro de salud/médico.
 - c. Si trabaja por cuenta propia, la planilla de trabajo por cuenta propia y todos los formularios 1040 y anexos (C, D, SE, K, etc.).
 - d. Formulario confidencial 2458 del Seguro Social o copia del cheque, o estado bancario o SSA-4926SM.
 - e. Recibos de pensión o renta anual.
 - f. Indemnización laboral o certificado de discapacidad con beneficios y período cubierto.
 - g. Formulario del Departamento de Trabajo (DOL, por sus siglas en inglés) o copia de los beneficios de compensación por desempleo.
 - h. Formulario de verificación de ingresos de trabajo por cuenta propia de HUSKY Health.

7. Constancia de identidad que puede incluir, entre otros, documentos que contengan una fotografía u otra información de identificación, tal como nombre, edad, sexo, raza, estatura, peso, color de los ojos y dirección. Los documentos admisibles incluyen:
 - a. Licencia de conducir emitida por un estado o territorio.
 - b. Tarjeta de identificación emitida por una escuela, el ejército, el gobierno federal o un gobierno estatal o local, una tarjeta de dependiente de militar o de la Marina Mercante de la Guardia Costera de los EE. UU.
 - c. Registro de una clínica, un médico, un hospital o una escuela para menores de 19 años.
 - d. Dos documentos que proporcionen información que coincida con la identidad del/de la solicitante, entre otros, diploma de escuela secundaria o institución de tercer nivel, actas de matrimonio o divorcio, escrituras de propiedades, o contratos de alquiler.
 - e. Una búsqueda de identidad de una agencia federal o estatal, si la agencia verificó la identidad.
 - f. Una declaración jurada firmada, bajo pena de perjurio, por otra persona que pueda dar fe de la identidad de una persona, si no hubiera otra documentación disponible.

El período de solicitud comienza el día de la admisión para servicios de hospitalización y la fecha en que se proporcionan servicios ambulatorios, y finaliza 180 días después de la admisión para servicios de hospitalización o 180 días después de la fecha del servicio ambulatorio. El paciente/garante tiene 30 días desde la fecha de presentación de la solicitud de asistencia financiera para presentar toda la documentación requerida para la consideración. Una solicitud de asistencia financiera se considerará una "solicitud completa" cuando se cumplan los siguientes criterios:

- El Departamento de Asesoramiento Financiero para Pacientes recibió la solicitud.
- El paciente/garante o un representante autorizado firmó la solicitud.
- Se respondieron todas las preguntas de la solicitud.
- Se proporcionó verificación de ingresos y documentación adicional suficiente para poder determinar la elegibilidad.

Si la solicitud de asistencia financiera está incompleta, un asesor financiero enviará una carta de seguimiento al paciente. Esta carta indicará la información necesaria para procesar la solicitud.

El solicitante/garante debe proporcionar la documentación requerida en un plazo de 30 días desde la recepción de la carta de seguimiento. Si no se recibe la información en este plazo, se rechazará la solicitud. Se enviará al solicitante una carta con el motivo del rechazo, y la cuenta del paciente volverá al procedimiento de facturación estándar.

Bristol Health dejará de enviar estados de cuenta a cualquier persona que haya solicitado asistencia financiera hasta por 30 días después de la solicitud. Si no se presenta la solicitud dentro de los 30 días, se reanudarán los estados de cuenta. Una vez que se presenta la solicitud, no se enviarán estados de cuenta mientras dicha solicitud esté en consideración y se reanudarán solo si se rechaza la solicitud.

PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN DE SOLICITUDES:

Un asesor financiero evaluará la solicitud completa para determinar la elegibilidad. Además de revisar la solicitud completa, se usarán las mejores prácticas disponibles en el momento para evaluar los ingresos del paciente de todas las fuentes, incluso los ingresos brutos del trabajo por cuenta propia, activos, pasivos y posibles seguros no informados.

1. Si se cumplen todos los criterios de elegibilidad, se enviará una carta de aprobación al solicitante/garante que indicará el período de elegibilidad y el porcentaje de descuento.
2. Si no se cumplen todos los criterios de elegibilidad, se enviará una carta de rechazo al solicitante/garante con el motivo del rechazo e instrucciones sobre el procedimiento de apelación.
3. El solicitante/garante tendrá treinta (30) días desde la fecha de la carta de rechazo para presentar una apelación y proporcionar documentos que respalden dicha apelación. El Director financiero tomará la decisión final sobre la apelación, y se notificará el resultado al solicitante/garante.
4. Las solicitudes aprobadas y procesadas se mantendrán en un archivo central en la Oficina de asistencia financiera.
5. Una solicitud aprobada será válida por 180 días desde la fecha de la solicitud. Si el servicio continúa por más de 180 días, se debe presentar una nueva solicitud de asistencia financiera.

Presunta elegibilidad: Hay casos en los que un paciente residente no asegurado que recibió servicios médicamente necesarios puede parecer elegible para recibir descuentos de asistencia financiera, pero no hay un formulario de asistencia financiera aprobado en archivo debido a la falta de documentación de respaldo. A menudo, hay información adecuada proporcionada por el paciente, u obtenida de otras fuentes, que podría proporcionar evidencia suficiente para brindarle asistencia financiera al paciente. En caso de que no haya evidencia que respalde la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera, Bristol Health puede usar agencias y fuentes externas para calcular los ingresos a fin de determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera y los posibles montos de descuento. Una vez determinados, debido a la naturaleza de las circunstancias presuntas, el paciente puede recibir un descuento de escala variable

de hasta el 100% del saldo de la cuenta, según las circunstancias individuales y los niveles de autorización que se definen por separado. Algunos ejemplos son:

1. Programas de medicamentos recetados financiados por el estado
2. Ser indigente o haber recibido atención en una clínica para indigentes
3. Participación en programas para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés)
4. Elegibilidad para cupones alimentarios
5. Elegibilidad para programa de almuerzo escolar subsidiado
6. Elegibilidad para otros programas de asistencia, estatales o locales, sin respaldo financiero (p. ej., deducible por parte del beneficiario de Medicaid)
7. Se proporciona una vivienda de bajos ingresos/subsidiada como dirección válida
8. El paciente falleció sin patrimonio conocido.

MEDIDAS EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DEL PAGO:

Se espera que los pacientes asegurados paguen la totalidad y no se exonerarán los cargos. Las medidas que Bristol Health pueda tomar en caso de incumplimiento del pago se establecen en una Política de facturación y cobro independiente que está disponible en el sitio web de Bristol Health. Los integrantes del público también podrán obtener una copia gratuita de la Política de facturación y cobro usando la información de contacto que se indica a continuación.

MEDIDAS PARA DIFUNDIR AMPLIAMENTE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA:

Bristol Health, en su sitio web, pone a disposición esta política, el formulario de solicitud y un resumen de esta política, en lenguaje simple, en inglés y en español. Entre otras cosas, Bristol Hospital publicará una notificación sobre la disponibilidad de asistencia financiera en todos los puntos de registro y otros lugares visibles dentro del hospital, incluso en la sala de emergencias. Asimismo, se imprimirá una notificación visible en todas las facturas y estados de cuenta de Bristol Health que informe a los pacientes y a las familias sobre la disponibilidad de asistencia financiera.

CÓMO OBTENER MÁS INFORMACIÓN:

Para obtener más información sobre el FAP de Bristol Health, obtener una copia de la solicitud del FAP u obtener asistencia con el procedimiento del FAP, comuníquese con Bristol Health de la siguiente manera:



Sitio web: www.bristolhealth.org/financial-assistance

Teléfono: 860-585-3035

Por correo: Bristol Health

Atención: Financial Counselor (asesor financiero)

41 Brewster Road, Bristol, CT 06010

En persona: Asesoramiento de Bristol Health en el Nivel E del campus principal

REFERENCIAS: Código de impuestos internos 501(c)(3)

Código de impuestos internos 501(r)

de Connecticut Generales de

Connecticut, artículo 19a-673 y ss.