

Área de servicios: Corporate Business Services	POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE SALUD YALE NEW HAVEN (YALE NEW HAVEN HEALTH SYSTEM POLICIES & PROCEDURES)	
Título: Política de Programas de asistencia financiera (Financial Assistance Programs Policy)		
Aprobado: 20/9/2013	Aprobado por: Consejo de Administración Vicepresidente principal, Finanzas	
Fecha efectiva: 20/9/2013 1/1/2017 Lawrence + Memorial Hospital y Westerly Hospital	Examinado/Revisado: 21/1//2015, 30/9/2016, 16/12/2016, 1/6/2017, 15/7/2018; 12/2/2019	
Distribución: Gestor de Políticas MCN	Tipo de política (I o II): Tipo I	
Sustituye lo siguiente: Programas de asistencia financiera de Yale New Haven Hospital para servicios del hospital (Yale New Haven Hospital Financial Assistance Programs for Hospital Services) (NC:F-4) Programas de asistencia financiera de Bridgeport Hospital para servicios del hospital (Bridgeport Hospital Financial Assistance Programs for Hospital Services) (9-13) Descripción general de Greenwich Hospital de los Programas de asistencia financiera para servicios del hospital (Greenwich Hospital Overview of Financial Assistance Programs for Hospital Services) Lawrence + Memorial Hospital y Westerly Hospital Charity Care, Asistencia financiera, Política de fondos para camas gratis (Lawrence + Memorial Hospital and Westerly Hospital Charity Care, Financial Assistance, Free Bed Fund Policy)		

Finalidad

El sistema Yale New Haven Health (Yale New Haven Health System, YNHHS) reconoce que los pacientes podrían no tener la capacidad económica para pagar la atención médicamente necesaria sin asistencia financiera. En conformidad con su misión, YNHHS está comprometido a garantizar que la capacidad de pago sea considerada atentamente al establecer las cantidades adeudadas por los servicios de urgencias y otros necesarios desde el punto de vista médico.

De conformidad con su misión, YNHHS ha establecido los Programas de asistencia financiera (Financial Assistance Programs, FAP) para asistir a las personas con el pago de la atención de urgencia y otra atención médicamente necesaria. Los objetivos de los FAP son:

- (i) detallar toda la asistencia financiera disponible de acuerdo con los FAP;
- (ii) proporcionar información clara acerca de los criterios de elegibilidad, los requisitos de solicitud y el método para solicitar la asistencia financiera;

Financial Assistance Programs Policy
Política de los Programas de Asistencia Financiera

- (iii) describir la base para calcular las cantidades cobradas a los pacientes con acceso a los FAP en concepto de atención urgente, así como de otra atención médicamente necesaria; y
- (iv) describir los pasos que dan los hospitales de YNHHS para dar a conocer ampliamente estos FAP en las comunidades a las que sirve el YNHHS.

Aplicabilidad

Esta política se aplica a todos los hospitales con licencia afiliados al *YNHHS*, lo cual incluye los siguientes: Bridgeport Hospital (“BH”), Greenwich Hospital (“GH”), Lawrence + Memorial Hospital (“LMH”), Yale New Haven Hospital (“YNHH”) y Westerly Hospital (“WH”) (cada uno un “Hospital”).

Política

I. Alcance y lista de proveedores

- A. **Atención de urgencia y otra atención médicamente necesaria.** Los *FAP* están dirigidos a la atención de urgencia y otra atención médicamente necesaria, incluidos los servicios de pacientes hospitalizados y externos, facturados por un Hospital. Los *FAP* excluyen lo siguiente: (a) habitación privada o enfermeros privados; (b) servicios que no sean necesarios desde el punto de vista médico, como cirugía estética optativa; (c) otras tarifas por otras prestaciones optativas, como cargos por uso de televisión o teléfono, y (d) otros descuentos o reducciones en los cargos no descritos expresamente en esta política.
- B. **Lista de proveedores.** La lista de proveedores que proporcionan atención de urgencia y otra atención médicamente necesaria en un Hospital puede encontrarse aquí:
https://www.ynhh.org/~media/files/ynhhs/forms/financiam/011117/ynhh_fap_policy_list_2017.pdf
La lista indica si el proveedor está cubierto de acuerdo con los FAP. Si el proveedor no está cubierto bajo este FAP, los pacientes deben ponerse en contacto con el consultorio del proveedor para determinar si este ofrece asistencia financiera de algún tipo y qué cubre su política de asistencia financiera si es el caso.
- C. **Cumplimiento con EMTALA.** Los hospitales tienen la obligación de cumplir con la Ley de Normas de Trabajo y Tratamiento Médico de Emergencias (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA) de acuerdo con sus políticas y tienen asimismo prohibida la participación en actividades que puedan desalentar la búsqueda de atención médica de emergencia por una persona.

II. Programas de asistencia financiera y elegibilidad

Hay asistencia financiera disponible para los ciudadanos y residentes de Estados Unidos que completen la solicitud de asistencia financiera requerida y cumplan los requisitos adicionales de

Financial Assistance Programs Policy
Política de los Programas de Asistencia Financiera

elegibilidad que se describen más adelante.

- A. Atención gratuita (Free Care).** El programa de atención gratuita (Free Care) ofrece atención sin ningún costo a pacientes del Hospital con ingresos familiares anuales brutos equivalentes o inferiores al 250% de las pautas federales de pobreza (*consulte el Anexo 1*). Cualquier paciente que a criterio del Hospital pueda calificar para asistencia médica estatal necesitará haber recibido una confirmación del Estado en los últimos seis meses.

Además, YNHHS, en nombre de BH, GH y YNHH, emplea una herramienta de evaluación externa como ayuda para identificar personas con saldos de auto-pago que no han solicitado asistencia financiera, pero que tienen ingresos equivalentes o inferiores al 250% del nivel federal de pobreza (*es decir*, que reúnen los requisitos para recibir atención gratuita). Si se identifica a un paciente a través de este proceso, los saldos pendientes de pago del Hospital podrían ajustarse a atención benéfica (gratuita).

- B. Atención con descuento (Discounted Care).** Si un paciente del Hospital no tiene seguro y sus ingresos familiares anuales brutos están entre el 251% y el 550% del Nivel Federal de Pobreza, el Hospital descontará la atención de las AGB del Hospital (según se define en la Sección III más adelante y en el Anexo 1).
- C. Fondos para camas de hospital (Hospital Bed Funds).** Usted podría cumplir los requisitos para recibir asistencia financiera de los fondos para camas del Hospital, que son fondos que se han donado al Hospital para que proporcione atención médica a pacientes en un hospital. No hay límites de ingreso específicos para recibir fondos para camas de hospital. La elegibilidad la determinan caso por caso los responsables de los fondos en función de las dificultades económicas. Todos los pacientes que rellenen la solicitud de asistencia financiera requerida serán considerados automáticamente para recibir fondos para camas de hospital.
- D. Otros programas de asistencia financiera específicos de cada Hospital:**
- (i) **Programa "Yo y mi bebé" de Yale New Haven Hospital (Yale New Haven Hospital "Me & My Baby").** Este programa está disponible para las pacientes de Yale New Haven Hospital. Proporciona servicios gratuitos de atención prenatal, trabajo de parto y parto, además de parte de la atención después del parto. Usted podría cumplir los requisitos si vive en el condado de New Haven, no tiene ningún tipo de seguro médico y su familia gana menos de 2 veces y media el nivel federal de pobreza. Para obtener más información o pedir una solicitud, hable con nuestros representantes en el Women's Center de Yale New Haven Hospital o llame al 203-688-5470.
 - (ii) La **clínica ambulatoria de Greenwich Hospital** atiende a pacientes asegurados por Medicare, Medicaid o seguros ofrecidos a través de Access Health CT, cuyos ingresos familiares sean inferiores a 4 veces el Nivel de Pobreza Federal. Además, la clínica ofrece atención con descuento a las personas que no cumplan los requisitos

Financial Assistance Programs Policy
Política de los Programas de Asistencia Financiera

para obtener seguro, residan en Greenwich y tengan ingresos familiares inferiores a 4 veces el Nivel de Pobreza Federal. Para obtener más información o conseguir una solicitud, llame al 203-863-3334.

III. Limitación sobre cargos: cantidades facturadas a pacientes que cumplen los requisitos de los FAP

Cuando una concesión de asistencia financiera no cubra el 100% de los cargos de YNHHS para el servicio, las cantidades cobradas a los pacientes que cumplen los requisitos para recibir asistencia financiera según esta política no serán superiores a las cantidades que un Hospital factura por lo general a pacientes que tienen cobertura de seguro para dicha atención (amounts generally billed, AGB). YNHHS calcula las AGB anualmente por Hospital usando el "método de mirar atrás" y de acuerdo con las tarifas de Medicare de pago por servicio, incluidas las cantidades de los costos compartidos como beneficiario de Medicare y todos los seguros médicos privados que pagan reclamaciones a cada Hospital para el año fiscal anterior. YNHHS puede aplicar el descuento porcentual por Hospital o puede elegir utilizar el descuento porcentual más favorable a los pacientes de YNHHS, Las AGB se exponen en el Anexo I de este documento.

Según se utiliza aquí, la "cantidad generalmente facturada" y el "método de mirar atrás" tienen los significados establecidos en el Código de ingresos fiscales §501(r)(5) y 1.501(r)-5.

IV. Método para solicitar asistencia

Para cumplir los requisitos para recibir asistencia financiera, el paciente debe completar la solicitud de asistencia financiera requerida ("Solicitud"). La Solicitud explica (i) los programas de asistencia financiera disponibles y los requisitos de elegibilidad, (ii) la documentación requerida para la determinación de la elegibilidad y (iii) los datos de contacto para la asistencia de los FAP. La Solicitud también especifica (i) que el Hospital responderá a cada Solicitud por escrito, (ii) que los pacientes pueden volver a solicitar la asistencia financiera de los FAP en cualquier momento y (iii) que fondos para camas gratuitas adicionales pasan a estar disponibles cada año. Los hospitales no pueden denegar asistencia financiera de acuerdo con los FAP por no proporcionar información o documentos que ni los FAP o ni la Solicitud requieran como parte del proceso de solicitud.

Los hospitales de YNHHS harán esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad y documentar las determinaciones de elegibilidad para asistencia financiera en las cuentas de los pacientes pertinentes. Una vez que el Hospital determine que un paciente es elegible de acuerdo con los FAP, el Hospital deberá:

- (i) proporcionar un estado de cuenta o factura que indique la cantidad que la persona adeuda como paciente con acceso a los *FAP*, incluido cómo se determinó la cantidad, y que indique o describa cómo la persona puede obtener información acerca de las *AGB* para la atención;
- (ii) reembolsar a la persona cualquier cantidad que haya pagado por su atención que exceda la cantidad que, según se haya determinado, es personalmente responsable de pagar como persona con acceso a los *FAP*, a menos que dicha cantidad en exceso sea menos de \$5 u otra suma equivalente estipulada por el *IRS*; y

Financial Assistance Programs Policy
Política de los Programas de Asistencia Financiera

(iii) tomar medidas razonables para revertir cualquier acción extraordinaria de cobro.

V. Impago: acción legal

Un Hospital (y cualquier agencia de cobro u otra parte a la que se haya remitido la deuda) no participará en ninguna acción extraordinaria de cobro (extraordinary collection action, ECA) antes de 120 días después de la emisión del primer estado de cuenta o factura tras el alta por la atención recibida y antes de hacer esfuerzos razonables para determinar si un paciente o cualquier otra persona que tenga responsabilidad financiera en una cuenta de auto-pago (personas responsables) es elegible para recibir asistencia financiera según este FAP. Todo ECA debe ser aprobado por el vicepresidente de Corporate Business Services o su persona designada, quien confirmará antes de la aprobación que se han cumplido los requisitos relativos a los esfuerzos razonables en este FAP.

El Hospital seguirá su ciclo de facturación de cuentas por cobrar de acuerdo con las prácticas y procesos operativos internos. Como parte de dichas prácticas y procesos, el Hospital, como mínimo, notificará a los pacientes sobre sus FAP desde la fecha en que se proporcione la atención y durante todo el ciclo de facturación de cuentas por cobrar (o durante el período equivalente requerido por ley, lo que sea más largo), por los siguientes medios:

1. A todos los pacientes se les ofrecerá un resumen en lenguaje sencillo y claro, y un formulario de solicitud de asistencia financiera, de acuerdo con los FAP como parte del proceso de alta o de ingreso de un Hospital.
2. Se enviarán por correo postal o electrónico al menos tres avisos de cobro independientes de cuentas de auto-pago a la última dirección conocida del paciente y de cualquier otra persona responsable; con tal que, no obstante, no necesiten enviarse avisos adicionales después de que una persona responsable presente una solicitud completa de asistencia financiera de acuerdo con los FAP o haya pagado el saldo total. Tendrán que pasar al menos 60 días entre el primero y el último de los tres envíos por correo requeridos. Es la obligación de las personas responsables proporcionar su dirección de correo postal correcta en el momento de recibir el servicio o después de una mudanza. Si la cuenta no tiene una dirección válida, se habrá hecho la determinación de "esfuerzo razonable". Todos los extractos de cuenta de auto-pago de pacientes individuales incluirán entre otras cosas:
 - a. un resumen exacto de los servicios del hospital cubiertos por el extracto;
 - b. los cargos por dichos servicios;
 - c. la cantidad que deben pagar las personas responsables (o, si dicha cantidad se desconoce, una estimación de buena fe de la misma en la fecha del extracto inicial); y
 - d. un aviso escrito destacado que notifique e informe a las personas responsables sobre la disponibilidad de asistencia financiera de acuerdo con los FAP, incluido el número de teléfono del departamento y la dirección de acceso al sitio web donde puedan obtenerse copias de los documentos.

Financial Assistance Programs Policy
Política de los Programas de Asistencia Financiera

3. Al menos uno de los extractos enviados por correo postal o electrónico incluirá un aviso escrito que informe a las personas responsables sobre las ECA que se pretende tomar si las personas responsables no solicitan asistencia financiera de acuerdo con los FAP o pagan la cantidad adeudada en la fecha de vencimiento indicada en la factura. Dicho extracto debe entregarse a las personas responsables al menos 30 días antes de la fecha de vencimiento especificada en el extracto. Un resumen en lenguaje sencillo y claro acompañará a este extracto. Es obligación de las personas responsables proporcionar la dirección de correo postal correcta en el momento de recibir el servicio o tras una mudanza. Si la cuenta no tiene una dirección válida, se habrá hecho la determinación de "esfuerzo razonable".
4. Antes de emprender cualquier ECA, se realizará un intento verbal de establecer contacto con las personas responsables por teléfono en el último número de teléfono conocido, si lo hubiera, al menos una vez durante la serie de envíos de extractos por correo postal o electrónico si la cuenta sigue pendiente. Durante todas las conversaciones, se informará al paciente o a las personas responsables de la asistencia financiera que podría estar disponible de acuerdo con los FAP.
5. Sujeto al cumplimiento de las disposiciones de esta política, un Hospital de YNHHS podría emprender las acciones extraordinarias de cobro (ECA) que se exponen en el Anexo 2 de esta política, para obtener pago por los servicios médicos suministrados.

VI. Disponibilidad de la política

Las copias de los FAP, del resumen en lenguaje sencillo y claro de los FAP y de la solicitud de los FAP están disponibles en <https://www.ynhhs.org/billing-insurance.aspx>.

Cada Hospital pone a disposición copias de los FAP, del resumen en lenguaje sencillo y claro de los FAP y de la solicitud de los FAP a petición del interesado, sin cargo alguno, por correo postal o en el Departamento de Emergencias del Hospital y en todos los puntos de registro, impresas en papel en inglés y en el idioma principal de aquellas poblaciones con conocimientos limitados de inglés integradas por 1000 personas o un 5% o más de la población a la que atiende el Hospital, lo que sea menor. Consulte el Anexo 3 para una lista de los idiomas.

Llame a Corporate Business Services al número gratuito 855- 547-4584 para obtener información relativa a la elegibilidad o los programas que puedan estar a disposición, para solicitar que se le envíe por correo postal una copia de los FAP, del resumen en lenguaje sencillo y claro de los FAP, del formulario de solicitud de los FAP o de la política de facturación y cobros, o si necesita una copia del resumen de los FAP en lenguaje sencillo y claro, o un formulario de solicitud de los FAP traducido a un idioma distinto del inglés. Asimismo, los pacientes pueden preguntar en los departamentos de Patient Registration, Patient Financial Services y Social Work/Case Management sobre cómo iniciar el proceso de solicitud de los FAP.

Otros esfuerzos para dar a conocer los FAP entre el público incluyen la publicación de avisos en periódicos de circulación general, la inclusión de un aviso escrito de los FAP en todos los extractos de cuenta, la inclusión de un aviso de los FAP en todas las comunicaciones verbales con pacientes

Financial Assistance Programs Policy
Política de los Programas de Asistencia Financiera

acerca de la cantidad pendiente de pago, y la organización de presentaciones y otras sesiones informativas.

VII. Comité de Supervisión de la Gestión

Los FAP estarán supervisados por un Comité de Supervisión de la Gestión presidido por un vicepresidente principal de YNHHS e integrado por representantes de Corporate Business Services, Patient Financial Services, Patient Relations, Finance y el personal médico, según sea necesario. Este comité se reunirá con una frecuencia trimestral como mínimo.

VIII. Cumplimiento de las leyes estatales

Cada hospital cumplirá las leyes estatales pertinentes, entre ellas los Estatutos generales de Connecticut que rigen las políticas de cobro a los pacientes sin seguro de los hospitales y las normas estatales para la provisión de atención gratuita de Rhode Island (*Statewide Standard for the Provision of Charity Care*) incluidas en la Sección 11.3 de las normas del Departamento de Salud de Rhode Island con respecto a las regulaciones sobre conversiones de hospitales (“Regulaciones RI”) y las Normas estatales para la provisión de atención gratuita (*Statewide Standard for the Provision of Uncompensated Care*) establecidas en la Sección 11.4 de las Regulaciones RI.

Referencias

Internal Revenue Code 501(c)(3)
Internal Revenue Code 501(r)
Conn. Gen. Stat. § 19a-673 et seq.
RI Regulations 11.3 y 11.4

Políticas relacionadas

Política de Facturación y Cobros de YNHHS
Política EMTALA de YNHHS: Evaluación y estabilización médicas. Médicos de guardia y traslado.
Política de Yale-New Haven Hospital – Distribución de Fondos de Atención Gratuita NC:F-2
Políticas y procedimientos del Centro Ambulatorio del Hospital de Greenwich.

Financial Assistance Programs Policy
Política de los Programas de Asistencia Financiera

Anexo I

250% y 550% de las Pautas Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG)

Tamaño familiar:	100%	250%	550%	
1	\$12,490	\$31,225	\$68,695	
2	\$16,910	\$42,275	\$93,005	
3	\$21,330	\$53,325	\$117,315	
4	\$25,750	\$64,375	\$141,625	
5	\$30,170	\$75,425	\$165,935	
6	\$34,590	\$86,475	\$190,245	
<i>Atención gratuita (Free Care). Sume \$11,050 por cada miembro familiar adicional</i>				
<i>Atención con descuento (Discounted Care). Sume \$24,310 por cada miembro familiar adicional</i>				

Cantidades generalmente facturadas (Amounts Generally Billed, AGB)

Los pacientes que cumplen los requisitos de asistencia financiera según esta política recibirán asistencia de acuerdo con lo siguiente:

Todos los hospitales de YNHHS:

Ingresos familiares anuales	Cantidad de descuento % de los cargos	El paciente paga % de los cargos
< o = 250 % de FPG	100 %	0
> 250 % - 550 % de FPG	69 %	31 %

**Para el año calendario 2019, AGB (% de los cargos): BH 34 %, GH 31.2 %, LMH 39.9 %, YNH 32.4 % y WH 33%*

Rev. 12 FEB 2019
Spanish

Anexo II

Acciones extraordinarias de cobro:

Derechos de retención sobre inmuebles.

Los derechos de retención sobre residencias personales se permiten solo si:

- a) el paciente ha tenido la oportunidad de solicitar fondos gratis para camas y no ha respondido, los ha rechazado o se ha determinado que no cumple los requisitos para dichos fondos;
- b) el paciente no ha solicitado o no reúne los requisitos para otra asistencia financiera según la Política de asistencia financiera del Hospital, para asistir en el pago de su deuda, o si reúne parcialmente los requisitos, pero no ha pagado la parte que le corresponde;
- c) el paciente no ha intentado negociar ni aceptado un acuerdo de pagos, o no cumple los acuerdos de pagos acordados entre el Hospital y el paciente;
- d) la suma de los saldos de las cuentas es superior a \$10,000 y las propiedades que se van a embargar se han valorado en al menos \$300,000; y
- e) el derecho de retención no producirá la ejecución hipotecaria de una residencia personal.

Anexo 3

**Conocimiento limitado del inglés
Idiomas**

Albanés
Alemán
Árabe
Chino simplificado
Coreano
Español
Francés
Francés criollo (Haitiano criollo)
Griego
Hindi
Italiano
Japonés
Pashto
Persa dari
Persa farsi
Polaco
Portugués
Portugués criollo (Cabo Verde)
Ruso
Swahili
Tagalog
Tigrinya
Turco
Vietnamita