



ASUNTO: Asistencia Financiera y artículo 501(r) del IRS	PREPARADO POR: Krysten Blanchette, Directora del Ciclo de Ingresos	FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 3 de mayo de 2018	NÚMERO DE POLÍTICA: CNE-FIN-102
PÁGINA: 1 de 6	APROBADO POR: Joseph Iannoni,	REEMPLAZA A: Finanzas 1	REEMPLAZA A:

I. Objetivo. El objetivo de esta Política de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés) es garantizar que Care New England (en adelante identificada como CNE) cumple con las normas establecidas por el Estado de Rhode Island y las agencias federales para la prestación de atención de caridad y con el artículo §501(r) del Código de Rentas Internas. El objetivo de la asistencia financiera es garantizar que todos los pacientes reciban atención de emergencia y otros servicios de salud médicamente necesarios proporcionados por CNE independientemente de su capacidad de pago. Para ese fin, CNE ayudará a los individuos que no pueden pagar los cargos de otra manera según los criterios de elegibilidad de CNE y tendrá en cuenta la capacidad de cada individuo de contribuir al pago del costo de su atención. La asistencia financiera ofrecida por CNE no pretende sustituir los programas de asistencia o seguro patrocinados por empleadores, contratados en forma privada, de responsabilidad ante terceros o financiados con fondos estatales o federales.

II. Alcance. Esta política se aplica a Care New England (CNE), a todos los hospitales de Care New England y a las entidades que se especifican a continuación:

- Butler Hospital
- Kent Hospital
- Women & Infants Hospital
- Butler Hospital Allied Medical Services, LLC
- Kent Ancillary Services, LLC
- W&I Ancillary Services, LLC
- W&I Health Care Alliance, LLC
- Affinity Physicians, LLC

Puede consultar una lista de los proveedores adicionales que eligen seguir el Plan de Asistencia Financiera de CNE, así como de los proveedores que no participan (Anexo 1), en el sitio web de CNE: www.carenewengland.org.

III. Política. A todos los pacientes se les proporcionará tratamiento para todos los servicios de atención médica de emergencia y médicamente necesarios independientemente de su capacidad de pago, de la manera establecida en la Política de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo Activo (EMTALA, por sus siglas en inglés) de CNE. Se pueden obtener copias de esta política sin cargo llamando al Departamento de Cumplimiento de CNE al (401) 277-3660.

- La decisión de proporcionar asistencia financiera se basará únicamente en la condición financiera del solicitante según se indica en los requisitos de elegibilidad preestablecidos y se les otorgará asistencia financiera a todos los pacientes elegibles, independientemente de su raza, color, religión, edad, origen nacional, estado civil o condición legalmente protegida. Esta política se aplicará de manera uniforme a todos los pacientes que no tengan seguro o tengan un seguro de salud insuficiente.
- Los pacientes son elegibles para recibir asistencia financiera para los servicios de atención médica de emergencia y médicamente necesarios. Los servicios de atención de salud médicamente necesarios se definen como los servicios de hospital razonablemente requeridos para realizar un diagnóstico, para corregir, curar, aliviar o prevenir que empeoren las condiciones que ponen en riesgo la vida o causan sufrimiento o dolor, o producen una enfermedad o dolencia, o representan una amenaza de provocar o agravar una discapacidad, o causan una deformidad o disfunción física, y no hay ningún otro curso de tratamiento más conservador o sustancialmente menos costoso que esté disponible o sea apto para la persona que solicita el servicio.
- Los pacientes que cumplen los requisitos para recibir atención de caridad de CNE son elegibles para recibir cobertura de medicamentos recetados con descuento o gratuita. Los medicamentos recetados deben estar relacionados con la atención proporcionada por una entidad de CNE cubierta por el programa 340B (hospitales de atención de agudos dentro del sistema de Care New England). Cuando están presentes los elementos de la definición de paciente del programa 340B (según lo establece la Administración de Recursos y Servicios de Salud, HRSA), se pueden utilizar medicamentos del programa 340B.

IV. Definiciones. Los términos en mayúsculas que no estén definidos a continuación pero se utilicen en esta Política tendrán los significados que se les asignen en esta Política.

- *Montos generalmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés):* En virtud del Código de Rentas Internas (“IRC”) §501(r)(5), en caso de emergencia u otro servicio de atención de salud médicamente necesario, los montos que se les facturan generalmente por servicios de emergencia u otros servicios de atención de salud médicamente necesarios a los individuos que tienen un seguro que cubre dichos servicios.
- *Porcentaje de montos generalmente facturados:* El porcentaje de los cargos brutos que utiliza una institución hospitalaria para determinar el AGB para cualquier servicio de emergencia u otro médicamente necesario proporcionado a un individuo que sea elegible para recibir asistencia en virtud de esta FAP.
- *Período de solicitud:* El período durante el cual un individuo puede solicitar asistencia financiera. Para satisfacer los criterios establecidos en el artículo §501(r)(6) del IRC, el CNE les da a los individuos 240 días desde la fecha en que recibieron la primera factura posterior al alta para que soliciten asistencia financiera.
- *Criterios de elegibilidad:* Los criterios establecidos en la presente FAP (y respaldados en los procedimientos) usados para determinar si un paciente cumple o no con los requisitos para solicitar asistencia financiera.
- *Condiciones médicas de emergencia:* Definidas dentro del artículo 1867 de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. 1395dd).
- *Acciones de cobro extraordinarias (“ECA”):* Incluye cualquiera de las siguientes acciones tomadas por CNE contra un individuo con miras de obtener el pago de una factura por servicios de atención médica cubiertos bajo la presente FAP. Las ECA

pueden ser, entre otras, acciones que requieren un proceso legal o judicial, proporcionarles información adversa a agencias de informes crediticios del consumidor o agencias de crédito, colocar un embargo y/o realizar la ejecución hipotecaria de un inmueble, congelar o embargar una cuenta bancaria o el salario, y diferir, denegar o exigir el pago antes de proporcionar servicios de atención médica que no son de emergencia debido a la falta de pago de una deuda por servicios médicos proporcionados previamente cubiertos en el marco de esta Política.

- *Familia*: Según la definición de la Oficina del Censo, un grupo de dos o más personas que residen juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio, unión civil o adopción.
- *Ingresos familiares*: Los ingresos familiares se determinan usando la definición de la Oficina del Censo, que usa los siguientes ingresos a la hora de computar las pautas de pobreza:
 - Ganancias por ingresos, seguro de desempleo, indemnización por accidente laboral, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios de supervivencia, ingresos de pensión o jubilación, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de patrimonios, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención infantil, asistencia de fuera del hogar y otros recursos misceláneos.
- *Elegible en virtud de la FAP*: Los individuos que son elegibles para recibir asistencia financiera total o parcial según esta política.
- *Pautas de los niveles federales de pobreza*: Las pautas de los niveles federales de pobreza (“FPL”) son establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en forma anual y son utilizadas en el marco de esta FAP para determinar la elegibilidad financiera.
- *Asistencia financiera*: Servicios de atención médica gratuitos o con descuento ofrecidos a los individuos que no pueden pagar la totalidad o una parte de los servicios médicos que necesitan.
- *Cargos brutos*: La totalidad del precio establecido por atención médica que se les cobra en forma coherente y uniforme a los pacientes antes de aplicar cualquier asignación contractual, descuento o deducción.
- *Resumen en Lenguaje Simplificado (“PLS”)*: Documento escrito que notifica a un individuo que CNE ofrece asistencia financiera según esta FAP y proporciona información adicional en un lenguaje claro, conciso y fácil de comprender.
- *Con seguro insuficiente*: Individuos que tienen cierto nivel de seguro o cobertura de terceros, pero de todos modos tienen gastos de atención médica directos de su bolsillo que exceden su capacidad financiera. El seguro insuficiente se caracteriza por, entre otras cosas, deducibles, coseguros, copagos, beneficios agotados y límites máximos de beneficios por tiempo de vida.
- *No asegurados*: Individuos que no tienen ningún nivel de seguro o cobertura de terceros, incluso Medicare, Medicaid, o cualquier otro programa de seguro gubernamental o estatal, para ayudar a pagar los servicios de atención médica.
- *Servicios no cubiertos*: Aquellos servicios que no estén cubiertos por los beneficios ni por el plan del seguro y que, por lo tanto, no serán pagados por el plan de seguro del paciente.

V. Procedimiento

1. Los pacientes que no tienen seguro médico o tienen una cobertura de seguro médico inadecuada son elegibles para presentar una solicitud de asistencia financiera. Para ser considerado para la asistencia financiera en virtud de la Política de Asistencia Financiera, el paciente o su representante legal deben llenar y enviar una Solicitud de Asistencia Financiera (e incluir los documentos o la información relacionados) (Anexo 2) y deben cooperar con CNE al proporcionar la información y la documentación necesarias para solicitar los demás recursos financieros existentes que puedan estar disponibles para pagar su atención médica, como Medicare, Medicaid, Ritecare, responsabilidad ante terceros, etc.
2. La Política de Asistencia Financiera de CNE, el Resumen en Lenguaje Simplificado (PLS, por sus siglas en inglés), el formulario de solicitud y los documentos requeridos están disponibles en el sitio web de CNE: www.carenewengland.org. Además, los individuos podrán, sin cargo, solicitar los documentos por correo llamando al (401) 921-7200 o en persona en cualquiera de los siguientes hospitales de CNE: *Además, CNE difundirá esta FAP y el PLS en las entidades donde operamos.*
 - Butler Hospital: 345 Blackstone Boulevard, Providence RI 02906
 - o Patient Financial Services Office (Oficina de Servicios Financieros para Pacientes), Sawyer Building, 1st Floor
 - o Horario de atención: De lunes a viernes 8:00 a.m. – 4:30 p.m.
 - o Teléfono: (401) 455-6240
 - Kent Hospital: 455 Tollgate Road, Warwick, RI 02886
 - o Business Office (Oficina comercial), 2nd Floor
 - o Horario de atención: De lunes a viernes 8:00 am – 4:30 pm
 - o Teléfono: (401) 921-7200
 - Women & Infants Hospital: 101 Dudley Street, Providence RI 02905
 - o Business Office (Oficina comercial), 1st Floor
 - o Horario de atención: De lunes a viernes 8:00 am – 4:30 pm
 - o Teléfono: (401) 921-7200
 - Las opciones de acceso a asistencia financiera son las siguientes:
 - o Los pacientes o sus representantes pueden solicitar asistencia financiera
 - o Los empleados de CNE pueden remitir a los pacientes o a sus representantes
 - o Los médicos pueden remitir a los pacientes o a sus representantes
3. Se les proporcionará asistencia financiera total a los pacientes cuyos ingresos familiares brutos sean iguales o menores a 200% de los niveles federales de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés), ajustados según la cantidad de miembros de la familia, siempre que dichos pacientes no sean elegibles para otra cobertura de salud privada ni pública y no excedan el límite de protección de activos. En los casos en los que el paciente/garante califique para recibir asistencia financiera según el criterio de ingresos pero no cumpla el criterio de activos, CNE le proporcionará el descuento más alto ofrecido bajo la escala móvil. La obligación máxima permitida al paciente/garante será equivalente a los activos reales menos los límites de activos aplicables o los topes máximos definidos en las reglamentaciones de Rhode Island y en las regulaciones federales, incluyendo el artículo §501(r) del IRS, lo que sea menor (ver ítem 6 más abajo).
4. Los pacientes con ingresos brutos entre 201% y 300% del FPL que no excedan el límite

de protección de activos también son elegibles para recibir asistencia financiera para una parte de la factura médica, sobre la base de una escala móvil (**Anexo 3**). La responsabilidad financiera del paciente está sujeta a topes máximos según se establece en las reglamentaciones del estado de Rhode Island y en las regulaciones federales, incluido el artículo §501(r) del IRS o según lo establezca periódicamente CNE. La obligación máxima cobrada al paciente/garante no debe exceder el monto menor entre el AGB, los límites establecidos por la legislación estatal o cualquier otro criterio establecido por CNE. Puede obtener información relacionada con los límites establecidos por CNE así como sobre la escala móvil sin cargo llamando a Atención al Cliente de CNE al (401) 921-7200.

5. CNE respetará los procedimientos de cobro establecidos para obtener el pago por parte de los individuos que tengan una obligación financiera hacia CNE, después de aplicar la escala móvil según se establece en la Política de Facturación y Cobro de CNE. Al momento del alta, se les notificará a los pacientes sobre la asistencia financiera. Todos los pacientes, tanto los que tienen como los que no tienen seguro, serán notificados también sobre la FAP en el proceso de facturación al paciente durante los 120 días después de recibir la primera factura posterior al alta por los cuidados recibidos (“Período de notificación”). Además, los individuos podrán solicitar los documentos de Asistencia Financiera por correo llamando al (401) 921-7200 o en persona, en cualquiera de los siguientes hospitales de CNE (ver ítem 2).
6. Para ser elegible para obtener asistencia financiera total (100%) o parcial, los activos líquidos máximos (lo que excluye la residencia primaria y el automóvil de uso personal) no deben exceder los límites indicados en la escala móvil para individuos y unidades familiares, y aumentados anualmente en conformidad con el Índice de Precios al Consumidor más reciente. En caso de que estos límites impidan que un individuo califique para el programa Medical Assistance de Rhode Island, CNE reemplazará dichos límites por los utilizados por el programa Medical Assistance de Rhode Island. Puede consultar los límites de Medical Assistance de Rhode Island en línea en: <http://medicaid4you.com/eligibility-requirements>.
 - Una unidad familiar, según la definición de la Oficina del Censo, es un grupo de dos o más personas que residen juntas y están relacionadas por nacimiento, matrimonio, unión civil o adopción.
 - El monto o porcentaje de los cargos totales cobrados sobre la porción de pago particular debe ser igual o menor que el monto generalmente facturado (AGB) (**Anexo 4**), según la siguiente definición: En virtud del Código de Rentas Internas (“IRC”) §501(r)(5), en caso de emergencia u otro servicio de atención de salud médicamente necesario, los montos que se les facturan generalmente por servicios de emergencia u otros servicios de atención de salud médicamente necesarios a los individuos que tienen un seguro que cubre dichos servicios.
 - Resumen (PLS) y permitir al individuo 30 días para proporcionar la información. Además, durante este período la CNE suspenderá cualquier acción de cobro externa que haya emprendido para obtener el pago por los cuidados prestados. Se les proporcionará a los individuos un número de teléfono para llamar si tienen preguntas sobre la información o documentación adicional solicitada.
 - Las excepciones que exceden los beneficios estándar de la política deben ser aprobadas por el Vicepresidente del Ciclo de Ingresos o la persona designada por éste.

- Si se recibe una solicitud de FAP incompleta, CNE le proporcionará al individuo una notificación escrita que describa la información o la documentación adicional requerida para determinar que el paciente es elegible en virtud de la FAP, junto con el Resumen en Lenguaje Simplificado (PLS).
7. El paciente/garante puede apelar una denegación de elegibilidad para asistencia financiera proporcionando verificación adicional de ingresos o cantidad de miembros de la familia dentro de los treinta (30) días siguientes a la recepción de la notificación de denegación. Todas las apelaciones serán revisadas por el Vicepresidente del Ciclo de Ingresos o la persona designada por éste para tomar una determinación final. Por decisión de CNE, una apelación requiere la revisión de un funcionario de nivel gerencial que tenga por lo menos un grado más que el revisor original. Las solicitudes de apelación deben ser procesadas dentro de los 30 días siguientes a la recepción de la solicitud de apelación. Se le debe proporcionar al paciente/garante una notificación escrita de los resultados de la apelación.
 8. Monto cobrado: El monto o porcentaje de los cargos totales cobrados sobre la porción de pago particular no debe ser mayor que el monto generalmente facturado (AGB), según se estipula en la reglamentación §501(r)(5) del IRC.
 9. Si un paciente no tiene seguro y cumple los requisitos para solicitar un descuento para personas no aseguradas en virtud de la Política de crédito de CNE, la obligación máxima cobrada al paciente/garante no debe exceder el monto menor entre el AGB, los límites establecidos por la legislación estatal o cualquier otro criterio establecido por CNE.

Programas de descuento:

- **Descuento de beneficio comunitario:** Todos los pacientes no asegurados reciben un descuento del 30% para los servicios médicamente necesarios independientemente de su capacidad de pago.
 - **Descuento de pago anticipado:** Los pacientes que están asegurados o insuficientemente asegurados y que buscan servicios médicamente necesarios que no sean un beneficio cubierto bajo su plan de seguro son elegibles para un descuento o pueden presentar una solicitud de asistencia financiera. Todos los pacientes no asegurados son elegibles para recibir un descuento de 44% por el pago del costo previsto en forma anticipada a la prestación del servicio o en la fecha en que se presta el servicio. El descuento será aplicable a cualquier costo adicional imprevisto siempre que el paciente remita la totalidad del pago dentro de los treinta (30) días siguientes a la emisión de la factura final. No habrá otras excepciones para el descuento luego de la prestación de los servicios. Los servicios de FIV son la exclusión de esta política y a los pacientes podría ofrecérseles un descuento si el beneficio no está cubierto por la póliza de seguro del paciente. Si el pago del costo previsto superase el requisito del 44%, CNE le realizará un reembolso al paciente a más tardar 30 días después de la cancelación de los cargos.
 - **Descuento por pago puntual:** Todos los pacientes que no estén asegurados y no estén recibiendo el descuento de pago anticipado son elegibles para recibir un 10% de descuento sobre su saldo, siempre que el paciente remita la totalidad del pago dentro de los treinta (30) días siguientes a la emisión de la factura final.
10. CNE se reserva el derecho de revocar la asistencia financiera si determina que un paciente ha presentado información falsa sobre su condición financiera, la cantidad de dependientes o cualquier otra información necesaria para determinar la situación

financiera del paciente para los fines de esta política.

11. La ‘Notificación de ayuda financiera del hospital’ se publicará en los sitios web de CNE, figurará en las facturas de los pacientes y estará disponible para quienes la soliciten. También se exhibirá en los Departamentos de Emergencias, los pasillos principales, las oficinas y las áreas de admisión/registro de los establecimientos de CNE.
12. Los criterios de ayuda financiera deben estar disponibles en otros idiomas de acuerdo con las “Normas de servicios de atención médica adecuados desde el punto de vista cultural y lingüístico” aplicables (normas 4 y 7, basadas en el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964). Deben estar aprobados por el Director y se les debe entregar una copia de ellos a todas las personas que lo soliciten. CNE hará todo lo posible por garantizar que las políticas se comuniquen en forma clara a todos los pacientes cuyos idiomas primarios sean distintos a los idiomas disponibles. Se pueden proporcionar servicios de traducción a las personas que lo soliciten.

APROBADO EL	[3 may 2018]
REVISADO EL	[20 nov 2018]