

Lifespan Corporation y
hospitales afiliados

Tema:
Política de asistencia
financiera

Archivar bajo:

**Fecha de procedimiento
original:**
Viernes, 16 de agosto de 1996

Fecha de última revisión:
01 de octubre de 2018

Aprobado por:

Christine Rawnsley
Vicepresidente de Servicios
Financieros para los Pacientes

Frank Byrne
TMH/RIH Vicepresidente de
Finanzas

Propósito de la Política de asistencia financiera de Lifespan:

La misión de Lifespan es cuidar la salud con esmero. Como parte del desarrollo de esta misión, la Política de asistencia financiera (FAP, por sus siglas en inglés) de Lifespan proporciona a los pacientes elegibles atención médica con descuentos parciales o totales. La atención elegible incluye, entre otras formas de atención, atención definida como de emergencia y otros servicios de cuidado de la salud médicamente necesarios ofrecidos por las afiliadas de Lifespan. Las afiliadas de Lifespan incluyen Emma Pendleton Bradley Hospital, Lifespan Physician Group, Inc., Newport Hospital, Rhode Island Hospital (incluyendo el Hasbro Children's Hospital) y The Miriam Hospital, en adelante denominadas colectivamente Lifespan. Los servicios de atención de emergencia son provistos a todos los pacientes que se presenten en un departamento de emergencia de Lifespan, independientemente de la ciudadanía, el estatus migratorio o la capacidad de pago del paciente. La asistencia financiera no es sustituto de la responsabilidad personal. Los pacientes que desean recibir asistencia financiera deben solicitar la asistencia y se espera que cooperen con las políticas y procedimientos de Lifespan para obtener dicha asistencia. A los solicitantes que tengan la capacidad financiera de adquirir un seguro de salud se les dará información sobre las opciones de seguro disponibles y se les anima a solicitar cualquiera de tales seguros. Los solicitantes que puedan ser elegibles para participar en programas de cuidado

de la salud patrocinados por el gobierno, como Medicaid, deberán solicitar su participación en dichos programas como medio para pagar sus facturas hospitalarias. En este documento se resumen la política y el proceso de solicitud.

GLOSARIO

Para los propósitos de la FAP, son aplicables las siguientes definiciones:

- "**501(r)**" significa la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas y los reglamentos promulgados bajo la misma.
- "**Monto generalmente facturado**" o "**AGB**" (por sus siglas en inglés) significa, con respecto a atención de emergencia y otros servicios de cuidado de la salud médicamente necesarios, el monto generalmente facturado a personas individuales que tienen seguro que cubre esa atención.
- "**Comunitarios**" significa servicios provistos en todos los hospitales y clínicas Lifespan ubicados en Rhode Island y Massachusetts.
- "**Grupos Relacionados por el Diagnóstico (DRG)**" Un sistema de pago creado bajo Medicare en el cual los costos operativos de las estancias en el hospital de pacientes internados en un hospital de cuidados agudos se categorizan en grupos específicos. Cada DRG tiene un peso de pago asignado, en base a los recursos promedio utilizados para tratar a pacientes de Medicare en ese DRG.
- "**Atención con descuento**" significa un descuento parcial de los montos adeudados por pacientes que califican bajo la FAP.
- "**Atención de emergencia**" significa una condición médica que se manifiesta mediante síntomas agudos lo suficientemente graves como para esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata pondría en grave peligro la salud del paciente o podría tener como resultado un deterioro de las funciones corporales o disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo o pondría en grave peligro la salud del paciente.
- "**Solicitud de Política de asistencia financiera (FAP)**" significa la información y la documentación adjunta que un paciente envía para solicitar asistencia financiera bajo la FAP de Lifespan. Lifespan podrá obtener información de un paciente por escrito o verbalmente (o una combinación de ambas).
- "**Tabla de Nivel de Pobreza Federal (FPL, por sus siglas en inglés)**" Una tabla del programa LifeChart de Lifespan que ayuda a determinar si un paciente califica para asistencia financiera en base a su situación económica en comparación con las directrices federales de pobreza.
- "**Cargos brutos**" La cantidad indicada en cada Lista de aranceles (chargemaster) del centro hospitalario de Lifespan para servicios elegibles bajo la FAP. Un estado de cuenta emitido por un hospital Lifespan por atención cubierta por la FAP podría incluir los cargos brutos correspondientes a dicha atención y aplicar asignaciones contractuales, descuentos o deducciones de los cargos brutos, siempre y cuando el monto real que la persona es personalmente responsable de pagar sea menor que los

cargos brutos por dicha atención.

- “**Ingreso**” incluye sueldos, salarios, ingreso de trabajo por cuenta propia, compensación por desempleo, seguro de accidentes de trabajo, pagos del Seguro Social, asistencia pública, beneficios a veteranos, manutención de hijos menores, pensión alimentaria, asistencia educacional, beneficios para sobrevivientes, pensiones, ingresos por jubilación, seguro regular y pagos de anualidades, ingreso de patrimonios sucesorios y fideicomisos, rentas recibidas, intereses/dividendos e ingreso de otras fuentes misceláneas.
- “**LifeChart**” Sistema electrónico integrado de registros de salud de Lifespan.
- “**Activo líquido**” significa un activo que se puede convertir en efectivo a corto plazo, con poca o ninguna pérdida de valor. Ejemplos incluyen: cuentas corrientes, cuentas de ahorro, pólizas de seguro (valor en efectivo), acciones, certificados de depósito, cuentas de fondos mutuos, 401K/IRA (se debe cumplir la edad mínima de jubilación para que el activo sea considerado líquido).
- “**Programa de asistencia médica**” un programa conjunto federal y estatal que ayuda con el pago de costos médicos para personas con ingresos y recursos limitados.
- “**Atención médica necesaria**” se define en el Manual de Referencia para Proveedores de Medicaid de Rhode Island como los servicios médicos, quirúrgicos o de otra naturaleza requeridos para la prevención, el diagnóstico, la cura o el tratamiento de una condición relacionada con la salud incluyendo los servicios necesarios para prevenir un cambio decremental en el estado de salud física o mental.
- “**Paciente**” significa aquellas personas que reciben atención médica elegible de un hospital Lifespan.
- “**Defensor financiero del paciente (PFA, por sus siglas en inglés)/Consejero financiero del paciente (PFC, por sus siglas en inglés)**” Empleados de Lifespan que asisten a los pacientes que pagan por cuenta propia con el proceso de comprender y solicitar las opciones de cobertura médica o asistencia financiera.
- “**Paciente no asegurado**” significa una persona individual sin seguro, que carece de cobertura por un tercero asegurador comercial, un plan ERISA, un Programa Federal de Cuidado de la Salud (incluyendo, entre otros, Medicare, Medicaid, Rite Care y Tricare), seguro de accidentes de trabajo u otra asistencia de tercero para cubrir todos o parte de los costos de la atención, incluyendo, reclamaciones contra terceros cubiertas por seguro del cual Lifespan es subrogado, pero únicamente si el pago es realmente hecho por dicha compañía aseguradora.

1. **Pacientes elegibles:** Se considerará la elegibilidad para asistencia financiera para personas individuales sin seguro, con seguro insuficiente, no elegibles para cualquier programa gubernamental de beneficios para el cuidado de la salud y a las que no les resulta posible pagar por su atención, en base a una determinación de necesidades financieras de acuerdo con la FAP de Lifespan. La aprobación de la asistencia financiera se basa en la evaluación individual de las necesidades financieras y no se debe considerar ningún factor discriminatorio potencial como la

edad, la ascendencia, el género, la identidad de género, la raza, el color, el origen nacional, la orientación sexual, el estado civil, el estado social o migratorio o la afiliación religiosa ni ningún otro factor prohibido por leyes federales, estatales o locales.

2. **Cálculo del descuento:** En ningún momento serán los pacientes elegibles para asistencia financiera bajo la FAP facturados por una cantidad superior a los “Montos generalmente facturados” (AGB, por sus siglas en inglés). Lifespan utiliza el método prospectivo para determinar los AGB, lo que el Código de Rentas Internas, sección §501(r) define como la cantidad que Medicare o Medicaid reembolsaría al hospital por atención facturada (incluyendo tanto la cantidad que Medicare o Medicaid reembolsaría como la cantidad que el beneficiario sería personalmente responsable de pagar en forma de copagos, coaseguro y deducibles) si el paciente fuera beneficiario del plan de pago por servicio de Medicare o de Medicaid. Los cálculos específicos de los AGB por cada hospital Lifespan cubierto bajo la FAP se listan de la manera siguiente:

- **AGB del Emma Pendleton Bradley Hospital (EPBH)-** La cantidad Medicaid reembolsaría a EPBH por atención facturada (incluyendo tanto la cantidad que Medicaid reembolsaría como la cantidad que el beneficiario sería personalmente responsable de pagar en forma de copagos, coaseguro y deducibles) si el paciente fuera beneficiario de Medicaid. En base a este cálculo, EPBH ha establecido un descuento automático del 56% en cargos brutos tanto para pacientes hospitalizados como externos durante el año fiscal que concluye el 30 de septiembre de 2019 para pacientes de EPBH que califican bajo la FAP.
- **AGB de Lifespan Physician Group, Inc. (LPG)-** La cantidad que Medicare reembolsaría a LPG por atención facturada (incluyendo tanto la cantidad que Medicare reembolsaría como la cantidad que el beneficiario sería personalmente responsable de pagar en forma de copagos, coaseguro y deducibles) si el paciente fuera beneficiario del plan de pago por servicio de Medicare. En base a este cálculo, LPG ha establecido un descuento automático del 69% en los cargos brutos durante el año fiscal que concluye el 30 de septiembre de 2019 relacionados con atención provista por proveedores de LPG a pacientes que califican bajo la FAP.
- **AGB del Newport Hospital (NH)-** La cantidad que Medicare reembolsaría al NH por atención facturada (incluyendo tanto la cantidad que Medicare reembolsaría como la cantidad que el beneficiario sería personalmente responsable de pagar en forma de copagos, coaseguro y deducibles) si el paciente fuera beneficiario de Medicare. En base a este cálculo, el NH ha establecido un descuento automático del 83% en cargos brutos para pacientes externos y un descuento para pacientes hospitalizados equivalente a las tarifas de DRG de Medicare durante el año fiscal que concluye el 30 de septiembre de 2019 para pacientes del NH que califican bajo la FAP.

- **AGB del Rhode Island Hospital/Hasbro Children's Hospital (RIH)**- La cantidad que Medicare reembolsaría a RIH por atención facturada (incluyendo tanto la cantidad que Medicare reembolsaría como la cantidad que el beneficiario sería personalmente responsable de pagar en forma de copagos, coaseguro y deducibles) si el paciente fuera beneficiario de Medicare. En base a este cálculo, RIH ha establecido un descuento automático del 82% en cargos brutos para pacientes externos y un descuento para pacientes hospitalizados equivalente a las tarifas de DRG de Medicare durante el año fiscal que concluye el 30 de septiembre de 2019 para pacientes del RIH que califican bajo la FAP.
- **AGB de The Miriam Hospital (TMH)**- La cantidad que Medicare reembolsaría a TMH por atención facturada (incluyendo tanto la cantidad que Medicare reembolsaría como la cantidad que el beneficiario sería personalmente responsable de pagar en forma de copagos, coaseguro y deducibles) si el paciente fuera beneficiario de Medicare. En base a este cálculo, el TMH ha establecido un descuento automático del 82% en cargos brutos para pacientes externos y un descuento para pacientes hospitalizados equivalente a las tarifas de DRG de Medicare durante el año fiscal que concluye el 30 de septiembre de 2019 para pacientes del TMH que califican bajo la FAP.

Estos descuentos son aplicables a todos los pacientes no asegurados siempre que la asistencia financiera no bloquee la capacidad de un paciente individual para calificar para el programa estatal de Medicaid.

Adicionalmente, los pacientes elegibles cuyo ingreso familiar se encuentra dentro del 0% y el 200% de los Lineamientos Federales de Pobreza (FPG, por sus siglas en inglés), como lo determina el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., reciben asistencia financiera totalmente descontada para su atención. En este caso, ningún monto por servicios provistos por Lifespan es facturable al paciente.

Los pacientes elegibles cuyo ingreso familiar se encuentra dentro del 201%-300% del FPG reciben asistencia financiera parcialmente descontada por encima de los montos determinados por Lifespan usando el método prospectivo. Ver en el Anexo I la escala móvil que detalla estos cálculos de descuentos adicionales y en <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> para las actuales tarifas de FPG. A los pacientes que califican para menos de un descuento según la FAP del 100%, se les puede ofrecer un plan de pago – denominado Política de pagos de pacientes de Lifespan.

Otro factor que se debe tomar en cuenta para determinar la asistencia financiera son los activos líquidos de un paciente. La propiedad de ciertos límites de activos líquidos podría tener como consecuencia la denegación de la asistencia financiera, aunque el paciente calificara bajo la determinación de las FPG descrita anteriormente. Si el paciente declara en su solicitud de asistencia financiera según la FAP que no tiene ingreso familiar, el Departamento de Servicios Financieros a los Pacientes de Lifespan requerirá de información que pruebe cómo satisface el paciente sus necesidades diarias. Lifespan revisa todas las solicitudes debidamente completadas presentadas y determina la elegibilidad para la asistencia financiera de acuerdo con la FAP de

Lifespan. No se tomarán en cuenta las solicitudes incompletas. No obstante, los solicitantes que presentan solicitudes incompletas serán notificados de esta circunstancia y se les dará la oportunidad de presentar toda la documentación/información necesaria para completar el proceso de solicitud.

En caso de que un paciente rechace un plan de alta adecuado y medicamente seguro y no se pueda llegar a un acuerdo, Lifespan tendrá al paciente como financieramente responsable de la continuidad de la estancia en el hospital y el paciente no calificará para recibir atención de emergencia o médicaamente necesaria gratuita o con descuento bajo la FAP.

- 3. Servicios elegibles:** Los servicios elegibles incluyen servicios provistos y facturados por Lifespan incluyendo, entre otros, atención de emergencia y médicaamente necesaria a pacientes sin seguro, con seguro insuficiente, inelegibles para cualquier programa gubernamental de beneficios para el cuidado de la salud y que no tienen capacidad para pagar los servicios de cuidado de la salud que reciben. Por favor tenga en cuenta que la FAP es aplicable únicamente a servicios facturados por Lifespan. Otros servicios, facturados por separado por otros proveedores tales como médicos o laboratorios no afiliados a Lifespan no son elegibles bajo la FAP. Ver en el Anexo II una lista de grupos de proveedores médicos que ofrecen servicios de atención de emergencia o médicaamente necesaria dentro de los hospitales Lifespan o que están o no están cubiertos bajo la FAP de Lifespan.

- 4. Servicios no elegibles:** Algunos servicios provistos por Lifespan no están cubiertos bajo la FAP de Lifespan. Los PFA/PFC están disponibles en cada centro afiliado para ofrecer orientación según sea necesario para determinar la elegibilidad de todos los servicios no de emergencia o médicaamente necesarios cubiertos bajo la FAP. Los servicios no elegibles para asistencia financiera incluyen, entre otros:

Todas las afiliadas de Lifespan-

- Ciertos cargos de médicos, incluyendo: cargos por la interpretación de ciertas pruebas/radiografías y todos los demás servicios provistos por profesionales no proveedores de Lifespan;
- Cirugía estética y servicios relacionados con cosmética;

Lifespan Physician Group, Inc.-

- Acupuntura;
- Clases de educación sobre Vida Infantil
- Servicios de quiropráctico
- Ajuste de lentes de contacto
- Recuperación de sangre del cordón umbilical
- Tratamientos con láser
- Clases de medicina de estilo de vida, incluyendo: ejercicios saludables, planificación del estilo de vida, masaje, yoga, servicios para aliviar el estrés basados en la conciencia plena, etc.
- Productos para el cuidado de la piel
- Subrogación uterina

Newport Hospital-

- Programa de mantenimiento de rehabilitación cardíaca es elegible a una reducción del precio cuando se cumplen criterios/directrices médicas establecidas;
-

Rhode Island Hospital/Hasbro Children's Hospital-

- Lentes de contacto;
- Procedimientos dentales incluyendo:
 - Guardas (férulas) oclusales para bruxismo;
 - Carillas dentales fabricadas en laboratorios;
 - Puente fijo de cuatro o más unidades;
 - Implantes dentales;
 - Blanqueamiento dental;
 - Tratamiento ortodóntico;
 - Empastes compuestos de resina para dientes posteriores
- Audífonos, Programa de terapia de movimiento inducida por coacción para rehabilitación infantil;
- Autorreferencias para rehabilitación deportiva;
- Los siguientes procedimientos dentales califican para un descuento del 50% de los montos normalmente facturados-
 - Serie de radiografías de boca completa para planificación comprensiva de tratamiento;
 - Prótesis dentales completas superiores e inferiores;
 - Prótesis dentales parciales superiores e inferiores;
 - Raspado periodontal y limpieza del sarro radical
 - Cirugía periodontal;
 - Corona de porcelana fundida en metal y perno-muñón;
 - Profilaxis (limpieza);
 - Restauraciones (amalgama y compuesto). Excepción- se permite un descuento del 100% si el paciente es referido de los departamentos de Oncología, Trasplante o Craneofacial de Lifespan.
 - Tratamientos de conductos radiculares (endodoncia);
 - Servicios del Samuels Sinclair Dental Center

The Miriam Hospital-

-
- Podría determinarse que los servicios de mantenimiento de la rehabilitación cardíaca y control del peso son servicios médicos esenciales si se cumplen los criterios/directrices médicos establecidos con documentación requerida específica al programa.

5. **Cómo solicitar la asistencia financiera:**

Los documentos de la FAP y para solicitar asistencia financiera según la FAP de Lifespan están disponibles para recogerlos en persona en cualquier de las siguientes direcciones de centros hospitalarios Lifespan:

- **Rhode Island Hospital, Patient Advocate Office (Oficina del Defensor del Paciente), 593 Eddy Street, Providence, RI 02903**
- **The Miriam Hospital, Patient Advocate Office (Oficina del Defensor del Paciente), 164 Summit Avenue, Providence, RI 02906**
- **Newport Hospital, Patient Advocate Office (Oficina del Defensor del Paciente), 11 Friendship Street, Newport, RI 02840**
- **Emma Pendleton Bradley Hospital, Admitting Office, 1011 Veterans Memorial Parkway, East Providence, RI 02915**

La FAP de Lifespan también está disponible gratuitamente por correo, previa solicitud, dirigiendo la correspondencia a cualquiera de las direcciones de centros hospitalarios listadas anteriormente. Los pacientes pueden visitar <https://www.lifespan.org/financial-assistance> para obtener toda la información y los formularios necesarios. Las solicitudes de documentos para su envío por correo se pueden hacer llamando a la Oficina de Servicios Financieros a los Pacientes de Lifespan al (401) 444-6949.

Asistencia para completar el formulario de solicitud está disponible a través de los Defensores financieros/Consejeros financieros del paciente (PFA/PFC, por sus siglas en inglés) de Lifespan. El paciente/la familia del paciente pueden programar una cita o presentarse en las instalaciones para hablar con un PFA/PFC. Los pacientes también pueden recibir asistencia llamando al Departamento de Servicio al Cliente de Servicios Financieros a los Pacientes cuando reciben una factura por cargos incurridos previamente. Al llenar la solicitud, se solicita a los pacientes proveer la mayor cantidad de información posible. Comprendemos que no toda la información ni todos los documentos listados en la solicitud de asistencia financiera según la FAP son aplicables a todos los pacientes. Por favor proporcione al PFA/PFC todo lo que sea aplicable a su situación individual. Ver en el Anexo III una lista de todos los centros de Lifespan donde están disponibles los PFA y los PFC.

Por favor envíe por correo las solicitudes completadas o entréguelas personalmente (con toda la documentación/información especificada en las instrucciones de la solicitud) a cualquiera de las direcciones de centros hospitalarios de Lifespan listadas anteriormente.

Residentes de Rhode-Island- Se pide a los residentes del estado, como los define la Sección 1.30 de los Reglamentos de Rhode Island relacionados con las Conversiones Hospitalarias (R23-17.14 HCA), presentar prueba de residencia en el estado. Si no tiene disponible un documento de identidad con foto emitido por el gobierno, puede presentar un contrato de arrendamiento, una factura de servicios públicos o telefónicos reciente o un documento similar con una dirección de Rhode Island. Se pide a los solicitantes proveer información sobre el

ingreso familiar o “prueba de ingreso” mediante la mayor cantidad de los siguientes documentos que puedan ser aplicables o estar disponibles: Formularios W-2, formularios de impuesto (federal) anual más reciente, talones de pago más recientes (al menos dos (2) consecutivos), una copia de cualquier estado de cuenta de ahorro y/o cheques, copia de un documento de identificación con foto emitido por el gobierno y cualquier otra documentación de ingreso tales como una copia de un cheque de Beneficios a los Veteranos. También se requiere de cualquier carta de denegación que pueda haber sido emitida por Asistencia Médica o Programas de Healthsource Rite Care. Como parte del proceso de Lifespan, se podrá pedir a los pacientes que soliciten Asistencia Médica sin ser elegibles y no lo han hecho previamente. Por favor, tenga en cuenta que la no elegibilidad puede ser pre-determinada por el Defensor financiero/Consejero financiero del paciente con respecto a pacientes que claramente no satisfacen los requisitos de Asistencia Médica. (Excepciones: en situaciones en las cuales no hay ingreso, se puede aceptar una auto-declaración, una carta firmada por el paciente o la persona que mantiene al paciente).

No residentes de Rhode Island- Se pide a los solicitantes que proporcionen información sobre el ingreso familiar o “prueba de ingreso” mediante la mayor cantidad de los siguientes documentos que puedan ser aplicables o estar disponibles: Formularios W-2, formularios de impuesto (federal) anual más reciente, talones de pago más recientes (al menos dos (2) consecutivos), una copia de cualquier estado de cuenta de ahorro y/o cheques, copia de un documento de identidad con foto emitido por el gobierno. Si el paciente tiene un número del Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés)/Número de identificación fiscal (TIN, por sus siglas en inglés) y el paciente no presenta declaraciones de impuestos, podríamos pedirle permiso para obtener un informe crediticio. Los pacientes sin número del SSN o de TIN deben presentar una carta explicando su situación de vida y una carta de la persona que lo mantiene, incluyendo evidencia de domicilio. Dichas cartas se deben firmar bajo la pena de perjurio.

Excepción – Los pacientes de Massachusetts transferidos al Departamento de Emergencia del RIH o TMH, o a una Unidad de enfermería para pacientes hospitalizados a través del Express Care Center, pueden solicitar asistencia financiera para ambos servicios además de los servicios de seguimiento para pacientes externos relacionados con el diagnóstico de la transferencia. Los pacientes que pudieran calificar para Mass Health deben solicitar su participación en este programa y si se les deniega la participación, pueden solicitar asistencia financiera.

Nacionales extranjeros visitantes- Se pide a los solicitantes que proporcionen información sobre el ingreso familiar o “prueba de ingreso” mediante la mayor cantidad de los siguientes documentos que puedan ser aplicables o estar disponibles: una copia de su pasaporte y visa (según sea aplicable) y una carta de auto-declaración explicando sus ingresos de su país de origen y una carta de auto-declaración explicando cualquier arreglo de apoyo financiero que puedan tener mientras permanezcan en Estados Unidos. Dichas cartas deben firmarse bajo pena de perjurio.

Pacientes sin hogar- Los pacientes sin hogar que reciben atención en una Sala de Emergencia deberán completar y firmar una solicitud de asistencia financiera según la FAP. La documentación no es necesaria al momento de recibir la atención. La solicitud es válida únicamente para la visita al Departamento de Emergencia. Si un paciente no tiene hogar, un

PFA/PFC explorará las fuentes de fondos de programas especiales que podrían estar disponibles para pacientes individuales. Si el paciente no califica para ningún programa, será completada la solicitud de asistencia financiera según la FAP y se adjuntarán los siguientes documentos: una copia de un documento de identidad con foto, si hubiese uno disponible (puede ser emitido por el gobierno o un refugio); una carta del refugio, en su caso; una carta de auto-declaración del paciente explicando cómo se mantiene; un informe crediticio, si fuese posible; una copia de su(s) formulario(s) de declaración de impuesto completado(s) más recientemente, si lo(s) hubiese; y los dos talones de pago consecutivos más recientes, si los hubiese.

6. **Tramitación**- Todas las solicitudes completadas, junto con la documentación de respaldo será escaneada para su incorporación en el sistema de registros de salud electrónico LifeChart de Lifespan. Todas las solicitudes aprobadas y denegadas son documentadas en LifeChart. Si una solicitud es aprobada para asistencia financiera total, parcial o denegada, la tabla de FPL es actualizada para que refleje el resultado de la FAP y las fechas de entrada en vigencia añadidas para la duración de la cobertura aprobada bajo la FAP. Los PFA, PFC y los miembros del personal del Departamento de Servicio al Cliente de Servicios Financieras a los Pacientes son responsables de notificar a todas las agencias de pre-cobro y cobro de Servicios Corporativos de Lifespan las aprobaciones bajo la FAP para cobertura total o parcial.

Límite de tiempo para las aprobaciones: Las solicitudes aprobadas son válidas por un período de doce (12) meses a partir de la fecha de la solicitud y seis (6) meses antes de las fechas aprobadas. Excepciones: solicitudes que tengan saldos después de Medicare y Asistencia Médica y la Clínica de Inmunología en el TMH, casos con circunstancias especiales (por ej., falta de vivienda crónica), las aprobaciones para estas excepciones son válidas por un año desde la fecha de la solicitud. **No residentes de Rhode Island: la solicitud es válida para una Visita al Departamento de Emergencia; una admisión en el Departamento de Emergencia.**

Directrices de activos: Cuentas corrientes, cuentas de ahorro, pólizas de seguro (valor en efectivo), acciones, certificados de depósito y cuentas de fondos mutuos deberán cumplir con las directrices de ahorro establecidas para el hospital afiliado. Si las cuentas de ahorro sobrepasan las directrices establecidas, el paciente deberá gastar los ahorros para pagar la factura del hospital afiliado hasta que los ahorros se encuentren dentro de las directrices. En caso de niños mayores de 18 años de edad declarados como dependientes en la declaración de impuestos de sus padres/tutor, el ingreso de los padres/tutor se incluye para determinar la elegibilidad bajo la FAP.

7. **Aprobaciones especiales bajo la FAP con documentación limitada:**

A continuación está una lista de varias situaciones hipotéticas en las cuales solicitudes relacionadas con la FAP con circunstancias atenuantes son elegibles de aprobación. Pueden surgir otras situaciones hipotéticas que ameriten el estatus de aprobación.

- Un paciente es admitido pero no le es posible presentar documentos debido a su problema de salud, por ej.: abuso de sustancia grave y problemas de vivienda para personas no asociadas con un refugio para desamparados;

- Un residente de Massachusetts que es admitido pero fallece antes de que sea presentada cualquier solicitud de Mass Health. Mass Health no toma en cuenta estas solicitudes y por consiguiente estos pacientes caerían dentro del ámbito de esta FAP;
- A los pacientes que sean elegibles para Medicaid/Healthsource Rhode Island, la elegibilidad bajo esta FAP se aplicará retroactivamente, 6 meses a partir de la fecha de elegibilidad si no cumplen con los requisitos de documentación bajo la FAP; (Se facturará a Medicaid/Healthsource cualquier cuenta retroactiva que califique).
- Un paciente residente en Rhode Island fallece y la familia del paciente no solicita Medicaid en Rhode Island;
- Un paciente es admitido como paciente que paga por cuenta propia pero es posteriormente puesto bajo custodia estatal durante su admisión. Bajo estas circunstancias, las Instituciones Correccionales para Adultos (ACI) de Rhode Island pagarán desde la fecha de la custodia en adelante. No obstante, los cargos incurridos hasta seis meses antes de la fecha de la custodia están cubiertos bajo la FAP.

8. Misceláneas:

- Pacientes asegurados – Pacientes de Medicare incluyendo Exoneraciones de productos para personas de la tercera edad (Senior Products Waivers) de montos compartidos para beneficiarios de Medicare económicamente necesitados:

Un descuento ofrecido a un beneficiario de Medicare, usualmente adquiere la forma de una exoneración para todo o parte del copago o deducible del programa de Medicare, es decir, la parte de la factura que el beneficiario adeuda. Si bien usualmente prohíbe exoneraciones de compartición de costos de rutina como facturación de “seguro” o similares, el Congreso reconoce que algunos beneficiarios no podrían pagar la cobertura sin estos esfuerzos de compartición de costos. Lifespan hace una excepción para las exoneraciones en base a las necesidades económicas. Si bien la exoneración podría ser concedida, las siguientes tres condiciones siguen teniendo validez:

- i. Las exoneraciones no son rutinarias
 - ii. Las exoneraciones no se ofrecen como parte de ningún anuncio o solicitud
 - iii. Las exoneraciones solo pueden hacerse de buena fe como lo evidencia la compleción de una solicitud bajo la FAP
- El hospital afiliado exonerará los pagos, en todo o en parte, para servicios médicamente necesarios provistos para solicitantes elegibles.
 - Los PFA/PFC en los hospitales Lifespan explorarán las fuentes de fondos de programas especiales que podrían estar disponibles en base a las necesidades individuales de cada paciente.

- La elegibilidad para asistencia financiera por encima del descuento automático para solicitantes que califiquen.
- Los pacientes con seguro que optan por no usarlo no calificarán para el descuento.

9. **Procedimiento de apelaciones:** Los pacientes tienen derecho de apelar la denegación de una solicitud para recibir asistencia financiera. El paciente/garante debe presentar su petición por escrito explicando por qué el paciente/garante desea apelar la decisión. La solicitud completada y la documentación de respaldo con el escrito de apelación de la decisión serán remitidas al Gerente o Director del PFA/PFC. El Gerente/Director revisará la carta de apelación, la solicitud original y la documentación de respaldo para determinar la adherencia a las directrices de Lifespan. Si la información financiera del paciente ha cambiado desde la presentación de la solicitud original, se completará una nueva solicitud con la documentación de respaldo. El Gerente/Director notificará al paciente de su decisión dentro del término de diez días a partir de la fecha de recepción de la carta de apelación. Si se deniega la apelación, el paciente/garante puede presentar una segunda apelación ante el Vicepresidente de Servicios Financieros para los Pacientes. El paciente/garante será notificado por escrito de la decisión del Vicepresidente dentro del término de diez días a partir de la fecha de recepción de la segunda carta de apelación. Si se requiriese de documentación adicional, el paciente recibirá una decisión de la apelación dentro del término de diez días a partir de la recepción de la documentación.
10. **Política de facturación y cobros:** Las acciones que Lifespan podrá tomar en caso de falta de pago se describen en una política de facturación y cobros separada. Una copia gratuita de la política de facturación y cobros se puede obtener solicitando una copia para ser enviada por correo llamando a la Oficina de Servicios Financieros a los Pacientes de Lifespan al (401) 444-6949. También está disponible una copia de la política en:
<https://www.lifespan.org/sites/default/files/lifespan-files/documents/lifespan-main/pfs/Billing-Collection-eng.pdf>.
11. **Interpretación:** Lifespan traduce la FAP, el formulario de solicitud bajo la FAP y el resumen en lenguaje sencillo de su FAP a los idiomas principales de las poblaciones con dominio limitado del inglés que constituyan la cifra menor del 5% o 1,000 de los residentes de la comunidad atendida por el centro hospitalario. Toda la información está disponible en línea en <https://www.lifespan.org/financial-assistance> o en los centros hospitalarios de Lifespan listados anteriormente.

Para asistencia adicional o hacer preguntas por favor visite o llame al Departamento de Servicios Financieros a los Pacientes de Lifespan al 401-444-6949. Si llega en persona, por favor visite cualquiera de los centros hospitalarios Lifespan listados anteriormente entre las 8:00 a.m.-4:00 p.m., de lunes a viernes.