

Lifespan Corporation y
Hospitales Afiliados

Tema:
Política de Asistencia
Financiera

Archivado bajo:

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

Fecha de última revisión:
1 de octubre de 2016

Aprobado por:



Christine Rawnsley
Vicepresidente de Servicios
Financieros para los Pacientes



Frank Byrne
TMH/RIH Vicepresidente de
Finanzas

I. Propósito de la Política de Asistencia Financiera

1. Para asegurar que pacientes no asegurados que son residentes del estado de Rhode Island, como se define en la Sección 1.30 del *Rhode Island Rules and Regulations Pertaining to Hospital Conversions* (Reglamento de Rhode Island sobre Conversiones Hospitalarias / R23-17.14 HCA), reciban los servicios médicos esenciales necesarios con una tarifa reducida (asistencia financiera parcial o completa) referida en este documento como Servicio Comunitario Gratuito (“CFS”, por sus siglas en inglés). Las personas que no residen en Rhode Island y los ciudadanos extranjeros que visitan el estado o el país son elegibles para recibir atención de emergencia (Departamento de emergencia/Admisión únicamente), excluyendo atención de seguimiento como pacientes externos. No son elegibles para un descuento por servicios electivos.

2. Los Lifespan Affiliate Hospitals (Hospitales afiliados a Lifespan), a través de la Política de Asistencia Financiera (“FAP”) de Lifespan Corporation (“Lifespan”), proporcionarán a cualquier paciente la atención y el tratamiento médico necesarios, independientemente de la ciudadanía o el estatus migratorio de la persona. Si al paciente no le resulta posible pagar por los servicios de cuidado de la salud, podría ser elegible para recibir servicios de atención médica gratuitos o servicios de atención médica con tarifa reducida. Esta política está sujeta a los reglamentos promulgados, ocasionalmente, por la Junta de Fideicomisarios del Hospital Afiliado.

3. Los pacientes son responsables del pago de ciertos honorarios médicos (Médicos no pertenecientes a Lifespan), por ejemplo: cargos por la interpretación de ciertos exámenes/radiografías y todos los demás servicios proporcionados por otros proveedores. Los pacientes también son responsables del pago de servicios no cubiertos, tales como tarifas diferenciales por habitaciones privadas que no son servicios médicos esenciales. El Asesor Médico Financiero designado en cada centro afiliado ofrecerá orientación según sea necesario para determinar los servicios médicos esenciales de servicios o programas específicos. Algunos servicios no están cubiertos:

Rhode Island Hospital – Servicios cosméticos, lentes de contacto, autorreferencias para rehabilitación deportiva, audífonos, programa de terapia de movimiento inducido por restricción para rehabilitación infantil y algunos procedimientos dentales – férulas oclusales para bruxismo, carillas fabricadas en laboratorios, puentes dentales fijos de 4 o más unidades, implantes dentales y blanqueamiento dental, tratamiento ortodóntico, empastes en dientes posteriores con resinas compuestas. Los siguientes procedimientos dentales calificarían para una reducción del 50% del CFS únicamente: Serie de radiografías de la boca completa para planificación de tratamiento comprensivo, dentaduras postizas completas superiores e inferiores, tratamiento del conducto radicular (endodoncia), coronas de porcelana fundida sobre metal y postes y anclas, raspado periodontal y limpieza del sarro (limpieza profunda), cirugía periodontal, profilaxis (limpieza), restauraciones (amalgama y resina compuesta) excepción: si el paciente es referido de las clínicas de oncología, trasplante y cráneo-faciales, el procedimiento califica para una reducción del 100%.

Los programas de autopago/clases de The Miriam Hospital Cosmetic Surgery and Women's Medicine Collaborative (Planificación de ejercicio y estilo de vida saludables, masaje, yoga, reducción del estrés basado en la conciencia plena, etc.) y servicios de acupuntura y quiropráctica, no califican para reducción de cargos. Podría determinarse que los servicios de mantenimiento de rehabilitación cardíaca y control del peso son servicios médicos esenciales si cumplen con criterios/directrices médicos establecidos con la documentación requerida específica para el programa.

El Programa de Mantenimiento de Rehabilitación Cardíaca del Newport Hospital es elegible para una reducción en los cargos cuando se cumple con criterios/directrices médicas establecidas. La cirugía cosmética no califica para una reducción en los cargos.

Los servicios de Lifespan Physician Group – Asociados en Ginecología-Obstetricia – para embarazos subrogados, tratamientos con láser, productos para el cuidado de la piel, recuperación de la sangre del cordón umbilical y clases educativas no califican para una reducción en los cargos.

Lifespan Physician Group – Oftalmología – “ajuste de lentes de contacto” no califica para un descuento.

4. En caso de que un paciente rehúse un plan de alta medicamento seguro y adecuado y no se llegue a un acuerdo, el hospital responsabilizará financieramente al paciente por la estancia continuada en el hospital y no calificará para el Programa de Asistencia Financiera de LCS.

5. Política de Asistencia Financiera:

- La Política de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés) de Lifespan FAP está disponible basada en el ingreso bruto estimado de la familia inmediata de todas las fuentes antes del cálculo de los impuestos:

- La cantidad que se cobra a cualquier paciente elegible para la FAP no podrá sobrepasar las cantidades generalmente facturadas (AGB, por sus siglas en inglés) a personas aseguradas. Se define como AGB en el reglamento final como la cantidad que la persona es responsable de pagar después de haber realizado todas las deducciones y descuentos, menos cualquier monto pagado por el seguro.

- Los pacientes no asegurados reciben una deducción automática parcial por Beneficio Comunitario/Atención de Caridad como un compromiso de Lifespan con los pacientes no asegurados: RIH - una deducción automática del 78% de los cargos a pacientes externos con la excepción del Samuels Sinclair Dental Center será una reducción automática del 50% y la reducción a pacientes hospitalizados será equivalente a las Tarifas de Reembolso de Medicare; TMH - una reducción automática del 80% de los cargos a pacientes externos y la reducción a pacientes hospitalizados será equivalente a las Tarifas de Reembolso de Medicare; Newport Hospital - una reducción automática del 79% de los cargos a pacientes externos y la reducción a pacientes hospitalizados será equivalente a las Tarifas de Reembolso de Medicare; Bradley Hospital - una reducción automática del 25% de los cargos a pacientes tanto hospitalizados como externos; y LPG - una reducción automática del 50% de los cargos a pacientes externos.

El descuento aplica a todos los pacientes no asegurados siempre y cuando el Beneficio de Atención de Caridad no bloquee la capacidad de un paciente individual para calificar para el Programa Estatal de Medicaid. Los residentes de Massachusetts solamente califican para el descuento porcentual automático del hospital.

- (Excepción – Los pacientes de Massachusetts transferidos al Departamento de Emergencia de RIH/TMH o a una Unidad de Enfermería para Pacientes Hospitalizados a través del Centro de Atención Expresa pueden solicitar el CFS para ambos servicios además del seguimiento como pacientes externos relacionado con el diagnóstico de la transferencia. Los pacientes que podrían calificar para Mass Health deben solicitarla primero y si se les niega, pueden solicitar el CFS).

- Con respecto a los niños mayores de 18 años declarados como dependientes en las declaraciones de impuesto de sus padres/tutor, se debe incluir el ingreso de sus padres/tutor para determinar la elegibilidad para el CFS.

- Pacientes no asegurados – Los pacientes de Medicare incluyendo a las personas mayores con exención de los montos de costo compartido para los beneficiarios de Medicare con necesidades/carencias económicas:

Un descuento ofrecido a un beneficiario de Medicare usualmente se hace en forma de una exención de todo o una porción del copago o deducible del programa de Medicare, es decir, la porción de la factura que el beneficiario adeuda. Si bien, prohibió en términos generales las exenciones a costos compartidos de rutina de tales facturaciones de “seguros” y similares, el Congreso reconoció que algunos beneficiarios podrían no estar en capacidad de costear la cobertura sin estos esfuerzos de costos compartidos. Lifespan hace una excepción para las exenciones sobre la base de necesidades económicas. Si bien las exenciones podrían ser concedidas, las siguientes tres condiciones siguen vigentes:

- i. las exenciones no son de rutina
- ii. las exenciones no se ofrecen como parte de ningún anuncio o solicitud
- iii. las exenciones solo pueden hacerse de buena fe como se demuestre con la compleción de una Solicitud de Atención Gratuita de Caridad

- El hospital afiliado exonerará pagos, en todo o en parte, para servicios médicamente necesarios provistos a solicitantes elegibles.

- Los Defensores Financieros de los Pacientes (PFA, por sus siglas en inglés)/Consejeros Financieros de los Pacientes (PFC, por sus siglas en inglés) en los Hospitales Lifespan explorarán las fuentes de los fondos de programas especiales que puedan estar disponibles en base a las necesidades de cada paciente.

- La elegibilidad para el CFS por encima del descuento automático se ofrece a los solicitantes cuyo ingreso familiar bruto es igual o inferior a las Directrices de Elegibilidad por Ingresos (ver anexo) vigentes en la fecha en que el paciente solicita asistencia financiera. Para los pacientes que califican para menos del 100% del programa de Asistencia Financiera, se les podrá ofrecer un plan de pago – consultar *Lifespan Affiliate Hospital's Patient Payment Policy* (Política de pago de los pacientes de los Hospitales Afiliados a Lifespan).

- Los pacientes con seguro que optan por no usarlo, **no califican** para un descuento.
- Los servicios no cubiertos no califican para un descuento.

II. Procedimiento para Asistencia Financiera:

1. **Solicitudes:** Las solicitudes para el Programa de Asistencia Financiera están disponibles en la Oficina de Admisiones, los Departamentos de Emergencia, la Oficina de Negocios, la oficina del Defensor Financiero de los Pacientes, la oficina del Consejero Financiero de los Pacientes, los Servicios Financieros para los Pacientes y todas las oficinas de las Agencias Subcontratadas. Los Defensores Financieros de los Pacientes/Consejeros Financieros de los Pacientes están disponibles para ayudar a completar el formulario. El paciente/la familia del

paciente puede programar una cita con el Defensor Financiero de los Pacientes/Consejero Financiero de los Pacientes o presentarse en su oficina sin cita previa. Los pacientes pueden también recibir asistencia llamando al Departamento de Servicio a Clientes de los Servicios Financieros para los Pacientes cuando hayan recibido una factura con cargos previamente incurridos. Al llenar la solicitud, pedimos a todos los pacientes que nos proporcionen la mayor cantidad de información posible. La lista de requisitos en las siguientes secciones nos ayudará a evaluar mejor la necesidad de asistencia. Comprendemos que no todos los solicitantes tendrán todos los requisitos listados; no obstante, pedimos que los pacientes/las familias de los pacientes nos proporcionen la mayoría de los que tengan disponibles o sean aplicables.

2. **Residentes de Rhode Island:** Pedimos que los pacientes nos proporcionen prueba de residencia en el estado. Si no tienen un documento de identidad con fotografía emitido por el gobierno, podrán presentar un contrato de alquiler, una factura reciente de servicios públicos o del teléfono o un documento similar con dirección en Rhode Island. Se le pide a los solicitantes que proporcionen información sobre el ingreso familiar o “prueba de ingreso” a través de la mayor cantidad posible de los siguientes documentos que puedan ser aplicables o estar disponibles: Formularios W-2, las declaraciones de impuesto a la renta (federal) más recientes, talones de cheques de paga más recientes (al menos dos (2) consecutivos), copia de cualquier estado de cuenta(s) de ahorros y/o cheques, copia de documento de identidad con fotografía emitido por el gobierno, y copia de cualquier documentación de ingreso como una copia de un cheque de Beneficios para Veteranos. También pedimos presentar cualquier carta de denegación que pueda haber sido emitida por Asistencia Médica o el Programa Rite Care de Rhode Island. Como parte de nuestro proceso haremos que los pacientes soliciten Asistencia Médica si son elegibles y no lo han hecho anteriormente. Tenga en cuenta que la inelegibilidad podría ser predeterminada por el Defensor Financiero de los Pacientes/Consejero Financiero de los Pacientes para los pacientes que claramente no satisfacen los requisitos para Asistencia Médica. (Excepciones: en situaciones en las cuales no hay ingresos, se podrá aceptar una auto-declaración, carta firmada por el paciente o persona que mantenga al paciente).

3. **Personas que no residen en Rhode Island:** Se pide a los solicitantes que proporcionen información sobre el ingreso familiar o “prueba de ingreso” a través de la mayor cantidad posible de los siguientes documentos que puedan ser aplicables o estar disponibles: Formularios W-2, declaración de impuesto a la renta (federal) más reciente, talones de cheques de paga (al menos dos (2) consecutivos) más recientes, copia de cualquier estado de cuenta(s) de ahorros y/o de cheques, copia de documento de identidad con fotografía emitido por el gobierno. Si el paciente tiene un número del Seguro Social/Número de identidad como contribuyente (TIN, por sus siglas en inglés) y el paciente no presenta declaraciones de impuestos, podríamos solicitar permiso para obtener un informe crediticio. Los pacientes sin un número del Seguro Social o TIN deben presentar una carta explicando las condiciones en que vive y una carta de la persona que los mantiene, incluyendo evidencia de domicilio. Tales cartas deben ser firmadas bajo pena de perjurio.

4. **Ciudadanos extranjeros visitantes:** Se pide a los solicitantes que proporcionen información sobre el ingreso familiar o “prueba de ingreso” a través de la mayor cantidad posible de los siguientes documentos que puedan ser aplicables o estar disponibles: una copia de su

pasaporte y visa (según pueda ser aplicable) y una carta auto-declaratoria explicando sus ingresos de su país de origen y una carta auto-declaratoria explicando cualquier arreglo de respaldo financiero que puedan tener mientras permanezcan en EE.UU. Tales cartas deben ser firmadas bajo pena de perjurio.

5. **Pacientes sin hogar:** Los pacientes sin hogar atendidos en una Sala de Emergencia deberán llenar y firmar una Solicitud de Ayuda Financiera. No es necesario presentar ninguna documentación al momento en que el paciente es atendido. La solicitud es válida únicamente para la visita al Departamento de Emergencia. Si un paciente hospitalizado o un paciente externo carecen de hogar, el Defensor Financiero de los Pacientes/Consejero Financiero de los Pacientes explorará fuentes de fondos de programas especiales que puedan estar disponibles para estos pacientes individualmente. Si el paciente no califica para ningún programa, se llenará la Solicitud de Ayuda Financiera y se le adjuntarán los siguientes documentos: una copia de un documento de identidad con fotografía si estuviera disponible (puede ser emitida por el gobierno o un refugio); una carta del refugio, en su caso; una carta auto-declaratoria del paciente explicando cómo se mantiene; un informe crediticio, en su caso; una copia de las declaraciones de impuesto a la renta (federal) presentadas más recientes y los dos talones de cheques de paga consecutivos más recientes, en su caso.

6. **Trabajador por cuenta propia:** Se pide a los solicitantes que proporcionen información sobre el ingreso familiar o “prueba de ingreso” a través de la mayor cantidad posible de los siguientes documentos que puedan ser aplicables o estar disponibles: la declaración de impuesto a la renta más reciente, informe crediticio, una carta auto-declaratoria con gastos mensuales y prueba de gastos (copia de facturas mensuales) firmadas bajo pena de perjurio.

7. **Tramitación:**

a) Todas las solicitudes llenas y firmadas, junto con la documentación de apoyo serán remitidas al Departamento de Servicio al Cliente de Servicios Financieros para los Pacientes (PFS, por sus siglas en inglés)- para que se archiven, EXCEPTO si el hospital afiliado tiene capacidad de escaneo, en cuyo caso, las solicitudes serán escaneadas por los miembros del personal designados por ese hospital afiliado y NO se enviarán copias impresas al Departamento de Servicio al Cliente de PFS.

b) Todas las solicitudes aprobadas o denegadas deben documentarse en la sección de Notas de Cuentas de LifeChart. Si la solicitud es aprobada para asistencia completa, adicional, parcial o es denegada, se actualizará la tabla de FPL para que refleje el resultado del CFS y las fechas de entrada en vigor serán agregadas para la duración de la cobertura aprobada para el CFS. Los miembros del personal de Servicio al Cliente-PFS añadirán un comentario “histórico” en todas las cuentas indicando las fechas de entrada en vigencia del CFS y listando el porcentaje calificado permitido para ese período. Los Defensores Financieros de los Pacientes, Consejeros Financieros de los Pacientes y los miembros del personal de Servicio al Cliente-Servicios Financieros para los Pacientes son responsables de notificar a todas las Agencias de Pre-Cobranza y Cobros de Lifespan Corporate Services de la aprobación del CFS para cobertura completa o parcial.

8. **Pacientes hospitalizados:** Con respecto a los pacientes hospitalizados con Medicaid pendiente, el PFA/PFC llenará la Solicitud de Ayuda Financiera y los miembros del personal remitirán esta solicitud al especialista de Medicaid. Si se deniega Medicaid y el paciente califica para Asistencia Financiera, se revisará la cuenta en la tabla de Nivel de Pobreza Federal (“FPL”, por sus siglas en inglés) de LifeChart. Excepción: Bradley Hospital – con respecto a pacientes con Medicaid pendiente, si se deniega Medicaid al paciente, PFS le envía la solicitud de CFS por correo.

9. **Límite de tiempo para las solicitudes:** No se aceptarán solicitudes fechadas más de 90 días a partir de haberse generado la primera declaración del paciente. La excepción son las cuentas clasificadas bajo cuentas de “agencia de pre-cobranza”. Estas solicitudes no serán aceptadas si son fechadas 90 días a partir del cambio a status de transferencia de pre-cobranza, a menos que exista algún problema con la cobertura del solicitante por un tercero, si la cobertura y la responsabilidad del tercero están pendientes o si las circunstancias financieras del solicitante han cambiado. (En caso de pacientes que no hayan cumplido con los requisitos de documentación y después de los 90 días decidieron proporcionar la documentación, la fecha original de la solicitud será aceptada).

10. **Límite de tiempo para aprobaciones:** Las solicitudes aprobadas son válidas durante un período de doce meses a partir de la fecha de la solicitud y seis (6) meses antes de las fechas aprobadas. Excepciones: las solicitudes que tienen saldos después de Medicare y Asistencia Médica y la Clínica de Inmunología en TMH, casos con circunstancias especiales, por ejemplo, falta de vivienda, las aprobaciones para estas excepciones son válidas durante un año a partir de la fecha de la solicitud. **Personas que no residen en Rhode Island: la solicitud es válida para una visita al Departamento de Emergencia; una admisión en el Departamento de Emergencia; y para atención de seguimiento relacionada con la visita al Departamento de Emergencia o la admisión en el Departamento de Emergencia.**

11. **Directrices de activos:** Cuentas de cheques (cuentas corrientes), cuentas de ahorro, pólizas de seguro (valor efectivo), acciones, CD y cuentas de fondos mutuos deberán estar dentro de las directrices para cuentas de ahorro establecidas para el hospital afiliado. Si las cuentas de ahorro sobrepasan las directrices establecidas, el paciente deberá gastar los ahorros pagando la factura del hospital afiliado hasta que sus ahorros estén dentro de las directrices.

12. **Deudas incobrables:** Las cuentas asignadas a deudas incobrables y elegibles para CFS serán reactivadas del estatus de deudas incobrables y anuladas en el porcentaje adecuado del CFS.

13. **CFS especiales con documentación limitada:**

Aprobación de solicitudes con circunstancias atenuantes:

- a) Paciente admitido pero incapaz de proporcionar documentos debido a problemas de salud, por ejemplo: abuso grave de sustancias y problemas de vivienda que no estén relacionados con un refugio para desamparados;
- b) Residente de Massachusetts admitido pero fallecido antes de la presentación de la solicitud de Mass Health. (Mass Health no tomará en cuenta estas solicitudes);
- c) Los pacientes que resulten elegibles para Medicaid o GPA tendrán una regresión del CFS de 6 meses a partir de la fecha de elegibilidad si el paciente no cumple con la documentación para el CFS;
- d) Paciente residente de RI fallece y la familia no solicitará Medicaid de RI;
- e) Paciente admitido como auto-pago pero tomado en custodia por el estado durante la admisión; el estado (ACI) pagará desde la fecha de la custodia, las cuentas de los primeros 6 meses serán ajustadas al CFS.

14. **Proceso de solicitud modificada:** Los pacientes que están recibiendo cupones para alimentos (*food stamps*) tendrán derecho a un proceso de solicitud modifica si tienen una carta de Food Stamp y sus ingresos/activos se encuentran dentro de las directrices financieras.

15. **Proceso de apelaciones:** Los pacientes tienen derecho a apelar contra una denegación de una solicitud de CFS. El paciente/garante debe presentar su apelación por escrito explicando por qué el paciente/garante desea apelar contra la decisión. La solicitud llena y la documentación de apoyo con la solicitud de apelación del paciente serán remitidas al Administrador o al Director de los Defensores Financieros de los Pacientes. El Administrador/Director revisará la apelación, la solicitud original y la documentación de apoyo para determinar si cumplen con las directrices de Lifespan. Si la información financiera del paciente ha cambiado desde la solicitud original, se llenará una nueva solicitud con la documentación de apoyo. El Administrador/Director notificará al paciente 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 podrá pedir una segunda apelación ante el Vicepresidente de Finanzas. El paciente/garante será notificado por escrito de la decisión del Vicepresidente dentro del término de diez días a partir de la recepción de la segunda carta de apelación. Si se requiriera de documentación adicional, el paciente recibirá una decisión de la apelación dentro del término de diez días a partir de la fecha de recepción de la documentación.

16. **Amplitud de la solicitud:** Los Defensores Financieros de los Pacientes, los Consejeros Financieros de los Pacientes, el Departamento de Servicio al Cliente-PFS y Administración, según se considere necesario. Todo el personal de registros en los hospitales afiliados y agencias subcontratadas son responsables de distribuir las solicitudes y referir a los pacientes al PFA, PFS y al personal de Servicio al Cliente para asistencia con las solicitudes de asistencia financiera.

17. **Comunicación del Programa de Asistencia Financiera a los pacientes y el público:** Lifespan pone a disposición del público en su sitio web y en diferentes lugares públicos por todas sus instalaciones (tales como salas de emergencia y áreas de admisión), esta política, el

formulario de solicitud y un resumen en lenguaje sencillo de la política. Se ofrece a los pacientes una copia del resumen de esta política en lenguaje sencillo como parte del proceso de admisión o alta y Lifespan incluye también un aviso escrito sobre declaraciones de facturación para notificar a los receptores sobre la disponibilidad de la asistencia financiera.

Lifespan toma en cuenta a todas las poblaciones significativas que tengan dominio limitado del inglés traduciendo esta Política de Asistencia Financiera, el formulario de solicitud y el resumen de la política en lenguaje sencillo a los idioma(s) primario(s) de dichas poblaciones.