

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

OBJETIVO

Esta Política (la “**Política**” o “**PAF**”) tiene por objetivo describir el Programa de Asistencia Financiera (el “**Programa**”) de The Stamford Hospital (el “**Hospital**”). El Programa se ha adoptado con el fin de garantizar que todas las solicitudes de asistencia financiera sean evaluadas y tramitadas de manera coherente y justa observando la misión del Hospital, es decir, prestar una amplia gama de servicios de alta calidad para la salud y el bienestar orientados a las necesidades de la comunidad.

NOTIFICACIÓN Y DIVULGACIÓN DE LA POLÍTICA Y SU APLICACIÓN

Se notificará a la comunidad sobre esta Política y se le dará acceso a ella de la forma indicada a continuación:

1. *Resumen brindado al registrarse en la sala de emergencias.* Al registrarse en la sala de emergencias se brindará a todos los pacientes una copia del Resumen sobre Asistencia Financiera en Lenguaje Claro de la Política (el “**Resumen**”), que también será puesto a disposición de quienes lo soliciten. El Resumen brinda información sobre cómo los pacientes pueden acceder a la Política completa, el formulario de PAF (la “**Solicitud**”) e información adicional sobre el Programa. El Resumen también será exhibido en varios sitios dentro del Hospital, incluidos, como mínimo, los Departamentos de Emergencia y Admisiones y las salas de espera.
2. *Divulgación a la comunidad.* El Hospital notificará a la comunidad sobre la Política y el Programa de forma tal que alcance a aquellos con mayores probabilidades de precisar asistencia financiera del Hospital (por ejemplo, mediante la distribución de copias del Resumen entre las clínicas afiliadas a la institución). Como se indica más arriba, el Hospital facilitará el acceso a la Política, la Solicitud y el Resumen a través de su página web. Dicha documentación también se enviará sin cargo por correo a todos aquellos que la soliciten.
3. *Notificaciones en los estados de cuenta.* El Hospital incluirá leyendas en los estados de cuenta, que también tendrán una leyenda visible en la que se informe a los receptores sobre la disponibilidad de asistencia financiera con arreglo al Programa. Dicha leyenda incluye el número de teléfono del Departamento de Servicios Comerciales del Paciente del Hospital (que brindará información sobre el Programa y la tramitación de la solicitud de PAF) y la dirección directa de la página web (o URL) donde pueden obtenerse copias de la Política, la Solicitud y el Resumen.

ALCANCE Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

1. *¿Quiénes cumplen los requisitos para acceder a la asistencia financiera (“**Personas Admisibles**”)?*

Para poder acceder al Programa, el interesado debe reunir las siguientes condiciones:

- A. No contar con seguro de salud, o contar con una cobertura insuficiente, y no reunir los requisitos necesarios para ser beneficiario de un programa federal o estadual, ni un plan de salud calificado mediante la Ley de Atención Médica Accesible [*Affordable Care Act*] (“**Condición de Seguros**”)¹.
- B. Percibir ingresos familiares anuales brutos que no superen en un 400% las Guías Federales de Pobreza (“**GFP**”) vigentes publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. correspondientes a la cantidad de integrantes de su grupo familiar (“**Condición de Ingresos**”).

En lo sucesivo, nos referimos a aquellos que reúnan la Condición de Seguros y la Condición de Ingresos como “Personas Admisibles”.

2. *¿Cuáles son los servicios por los que las Personas Admisibles pueden recibir asistencia financiera con arreglo al Programa?*

- A. **Servicios admisibles.** La asistencia financiera se brinda con el objeto de ayudar a reducir la carga financiera que pesa sobre las Personas Admisibles respecto de los servicios de emergencia y necesarios por razones médicas (“**Servicios Admisibles**”). Los servicios cosméticos, experimentales o complementarios no se consideran de emergencia ni necesarios por razones médicas con arreglo al Programa y, por tanto, quedan excluidos de los Servicios Admisibles. El Hospital proporcionará, sin discriminación, atención para afecciones médicas de emergencia, con independencia de si se trata de Personas Admisibles o no. El Hospital no tomará medidas que desalienten a las personas a solicitar atención médica de emergencia.

Proveedores Admisibles El Programa brinda asistencia financiera para el suministro de Servicios Admisibles a Personas Admisibles por parte del Hospital y determinados proveedores de dichos servicios en la institución. La lista de proveedores incluidos y excluidos en esta Política se encuentra en el sitio web del Hospital (<http://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap/>) (“**View Providers**”). Estos listados estarán sujetos a revisión periódica.

¹ Para mayor claridad, aquellos que reúnan las condiciones para cualquier tipo de seguro, pero que no envíen o no deseen enviar la solicitud correspondiente no son Personas Admisibles en virtud de esta Política. Sin embargo, de forma congruente con la Ley Pública de Connecticut 03-266 [*Connecticut Public Act 03-266*], todo Paciente No Asegurado (conforme lo define dicha ley), personas que no sean Personas Admisibles pero que perciban ingresos (con independencia de activos disponibles) por debajo del 250% de las GFP, no pagarán más que el costo del Hospital por brindar servicios al paciente.

PROCESO DE PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD

Salvo por lo previsto en la parte final de esta Política, la decisión a favor de que un interesado reciba asistencia financiera, y el monto de dicha asistencia, solo podrá efectuarse contra la presentación de una Solicitud completa a tal efecto acompañada de la documentación necesaria.

1. *¿Cómo pedir una solicitud?* Puede solicitarse asistencia financiera en cualquier momento. Eso quiere decir que una persona puede solicitar asistencia antes o después de recibir los servicios o mientras los está recibiendo, incluso después de que una agencia de cobro haya iniciado alguna acción en su contra. Las solicitudes iniciales de asistencia financiera pueden efectuarse por escrito o por teléfono. Cuando un interesado presente una solicitud de asistencia financiera, se lo informará sobre esta Política y se le enviará una copia de la Solicitud y el Resumen. Para aquellos casos en los que el interesado no hable inglés o apenas se comunique en dicho idioma, la documentación mencionada se encuentra disponible en los idiomas de cada una de las poblaciones con competencias limitadas de inglés que sean significativas dentro de la comunidad que atiende el Hospital.
2. *Contenido de la solicitud.* En la Solicitud debe detallarse la siguiente información:

A. Datos necesarios para identificar al solicitante:

Fecha de la solicitud
Nombre
Domicilio
Número de teléfono
Solicitante (progenitor o tutor, si el paciente fuera menor)
Fecha de nacimiento
Número de seguridad social*

*Si se conoce

B. Datos necesarios para verificar que el solicitante sea una Persona Admisible:

Recibos de sueldo correspondientes al último periodo mensual
Constancia de indemnización por desempleo
Constancia de percepción de beneficios federales o estatales
Cuenta bancaria o estados de inversión
Autocertificación con certificación notarial como constancia de los ingresos percibidos

3. *¿Cómo llenar la Solicitud?* La Solicitud debe ser completada por la Persona Admisible o su tutor legal. Si tiene alguna pregunta con respecto al llenado de la Solicitud o precisa ayuda para hacerlo, por favor comuníquese con el Departamento de Servicios Comerciales del Paciente del Hospital a los números de teléfono y domicilios consignados más abajo.

4. *Presentación de la Solicitud.* La Solicitud debe ser enviada al Asesor de Asistencia Financiera del Departamento de Servicios Comerciales del Paciente a los números de teléfono y domicilios consignados más abajo.
5. *Cita con el Asesor de Asistencia Financiera.* Ya sea cuando complete la Solicitud, o una vez que la haya completado y presentado, el solicitante debe concertar una cita de evaluación telefónica o personal con el Departamento de Servicios Comerciales del Paciente al número de teléfono que se consigna más abajo para concertación de citas. Al momento de la evaluación, se asignará para cada solicitante un Asesor de Asistencia Financiera, quien tendrá a su cargo ella tramitación de la Solicitud.
6. *Solicitudes incompletas.* Si el Hospital recibe una Solicitud incompleta, deberá notificar al solicitante por escrito, dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción, mediante correo postal, al domicilio del solicitante que conste en los registros del Hospital. La notificación detallará la información faltante. El solicitante contará con treinta (30) días adicionales para presentar dicha información faltante o bien llamar a Servicios Comerciales del Paciente para analizar junto con el Asesor de Asistencia Financiera toda la información incompleta que deba facilitar.

CÓMO SE DECIDE SI UNA PERSONA ES ADMISIBLE PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA Y EL MONTO DE DICHA ASISTENCIA.

El Hospital seguirá los procedimientos que se enumeran a continuación al revisar una Solicitud. Las decisiones se harán según cada caso en particular y serán tramitadas de la siguiente manera:

1. *Admisibilidad.* El Hospital decidirá si el interesado reúne la Condición de Seguros y la Condición de Ingresos, conforme se describe anteriormente, y es, por ende, una Persona Admisibile, según el contenido de la Solicitud.
2. *Monto de la asistencia financiera.* Suponiendo que se decida que el solicitante es una Persona Admisibile (es decir, que reúne los requisitos para percibir asistencia financiera), el Hospital pasará a decidir el monto de dicha asistencia.
 - A. **Escala variable para determinar la obligación de la Persona Admisibile.** En primer lugar, el Hospital deberá determinar el monto por el que cada Persona Admisibile sería responsable antes de aplicar la asistencia financiera. Ello se denomina “Obligación de la Persona Admisibile” y se aplica de la siguiente manera:
 - i. En el caso de Personas Admisibles sin cobertura, los cargos de cuenta brutos constituyen la Obligación de la Persona Admisibile.
 - ii. En el caso de Personas Admisibles con cobertura insuficiente, la suma de las obligaciones de deducible, copago y coseguro de la Persona Admisibile constituye la Obligación de la Persona Admisibile.

B. **Determinación del descuento aplicable a la Obligación de la Persona Admisible.** El descuento que se aplicará a la Obligación de la Persona Admisible se determinará de acuerdo con la siguiente escala variable; los descuentos indicados se aplicarán a la Obligación de la Persona Admisible, según su nivel de ingresos:

GPF de 250% e inferior	Descuento del 100%
GPF de 251%-300%	Descuento del 90%
GPF de 301%-350%	Descuento del 80%
GPF de 351%-399%	Descuento del 70%
GPF de 400%	Descuento del 60%

C. **Limitaciones a los montos por cobrar - Las personas no admisibles no pagarán más que los montos generalmente facturados (“MGF”).** Más allá del nivel de descuento determinado más arriba, en ningún caso se le cobrará a una Persona Admisible más que los montos generalmente facturados (“MGF”) por los Servicios Admisibles. El Hospital calcula sus MGF con una periodicidad anual empleando el método retroactivo sobre la base de las tarifas del seguro de salud comercial y Medicare. El monto neto por facturar a una Persona Admisible se determinará (i) calculando los cargos brutos por los servicios prestados al paciente y (ii) aplicando el descuento correspondiente, según se indica más arriba. Los cálculos de los MGF vigentes se facilitan a través del sitio web del Hospital <https://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap/> y se pueden enviar por correo sin cargo a todo aquel que la solicite. También puede solicitar una copia de los cálculos de los MGF vigentes por correo electrónico dirigido a nuestro Departamento de Servicio de Atención al Cliente en CustomerServiceR@stamhealth.org, o llamando a Servicio de Atención al Cliente al número (203) 276-7572, enviando un fax al (203) 276-7093 o personalmente en: Patient Business Services, One Hospital Plaza, Stamford CT, 06902. El cálculo de los MGF se encuentra disponible en los idiomas de cada una de las poblaciones con competencias limitadas de inglés que sean significativas dentro de la comunidad que atiende el Hospital.

3. Notificación de la decisión/Apelación de la denegatoria. El Hospital contará con treinta (30) días a partir de la recepción de la Solicitud completa para tomar una decisión sobre la admisibilidad y el nivel de asistencia financiera, de corresponder. Todas las notificaciones o comunicaciones que efectúe el Hospital en virtud de esta Política deben ser cursadas por correo electrónico u otros medios de comunicación electrónica si el interesado ha indicado que prefiere recibir notificaciones y comunicaciones por medios electrónicos.

A. **Notificación de aprobación.** Después de recibir una Solicitud completa y decidir brindar la asistencia financiera solicitada, el Hospital enviará o dará a la Persona Admisible o su tutor legal una carta de aprobación de asistencia financiera, junto con una tarjeta de identificación de PAF en la que se indique la siguiente información:

Fecha de la decisión

Nombre del paciente

Número de historia clínica del paciente

Fecha de entrada en vigencia

Decisión sobre admisibilidad (aprobada/rechazada) por parte de la persona competente

Porcentaje de descuento aprobado

B. Notificación de la denegatoria. Después de recibir una Solicitud completa y decidir denegar la asistencia financiera solicitada, el Hospital enviará o dará a la Persona Admisible o su tutor legal una carta de denegatoria de asistencia financiera en la que detallará los motivos de la denegatoria.

El Hospital deberá archivar copias de las notificaciones (aprobación o denegatoria) junto con la Solicitud presentada.

4. *Apelación.* Los pacientes pueden apelar la denegación de la asistencia financiera, así como el nivel de asistencia ofrecida. Los pacientes pueden iniciar una apelación llamando, enviando un correo electrónico o dirigiendo un escrito a su Asesor Financiero asignado, o bien concertando una cita presencial en el Departamento de Servicios Comerciales del Paciente. Si el paciente presenta una apelación, el personal del Departamento de Servicios Comerciales del Paciente volverá a revisar la documentación del interesado, incluido todo el material nuevo que se haya presentado, documentará nuevamente su aprobación o su denegatoria, y notificará al interesado de acuerdo con esta sección, dentro de treinta (30) días posteriores a la presentación de la apelación.

UNA VEZ EMITIDA LA APROBACIÓN DEFINITIVA

1. ***Vigencia de la asistencia financiera.*** Las Personas Admisibles permanecerán en el nivel de asistencia determinada (sin necesidad de realizar ninguna acción adicional) durante un (1) año a partir de la fecha que resulte posterior de las siguientes: la fecha de la decisión inicial o la fecha de decisión tras la finalización de la apelación, de corresponder.

Sin perjuicio de lo anterior:

A. Cambio negativo en las circunstancias. Si se produjera un cambio en las circunstancias debido al cual la Persona Admisible considera que necesitará asistencia financiera adicional, podrá volver a solicitarla durante el plazo de un (1) año y, de corresponder, se le brindará dicha asistencia adicional en virtud de la Póliza.

B. Cambio positivo en las circunstancias. Se prevé que las circunstancias de una Persona Admisible que sea beneficiaria de asistencia financiera experimenten cambios sustanciales (por ejemplo, que

pase a tener cobertura de salud). En ese caso, la Persona Admisible deberá notificar al Departamento de Servicios Comerciales del Paciente al número de teléfono consignado más abajo para que pueda tenerse en cuenta en el futuro. Dichos cambios positivos en las circunstancias no se aplicarán para reducir la asistencia financiera ya otorgada. Para mayor claridad, las Personas Admisibles no precisan informar cambios menores en sus circunstancias, sino solo aquellos que significarían un impacto claro en la decisión de asistencia financiera de forma anticipada.

2. *Información engañosa.* Si el Hospital toma conocimiento de que un solicitante de asistencia financiera ha suministrado información falsa o engañosa en la tramitación de su Solicitud, tomará en cuenta dicha información al volver a revisarla o al evaluar la prolongación de la admisibilidad.
3. *Planes de pago.* Se permite el uso de planes de pago para cancelar Obligaciones de la Persona Admisible. Dichos planes tendrán una vigencia máxima de 1 año, pero se pueden evaluar excepciones en cada caso en particular. No se cobrarán intereses en virtud de un plan de pago.
4. *Programas caritativos de terceros.* Si una Persona Admisible fue referida al Hospital a través de un programa de divulgación caritativo de un tercero que cuente con reconocimiento y que ofrezca condiciones distintas a las anteriores, el Hospital podrá participar en dicho programa y esta Política se considerará modificada según corresponda.

GESTIONES TENDIENTES AL COBRO

Todas las gestiones del Hospital tendientes a lograr el cobro se describen y explican en la Política de Facturación y Cobros. Asimismo, la Política de Facturación y Cobros se facilita a través del sitio web del Hospital <https://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap/> y se puede enviar por correo sin cargo a todo aquel que la solicite. Para aquellos casos en los que el solicitante no hable inglés o apenas se comunique en dicho idioma, la documentación mencionada se encuentra disponible en los idiomas de cada una de las poblaciones con competencias limitadas de inglés que sean significativas dentro de la comunidad que atiende el Hospital.

ELEVACIÓN DE INFORMES Y CUMPLIMIENTO

El Hospital elevará los informes solicitados al Estado de Connecticut en relación con el Programa.

Un empleado autorizado del Hospital se encarga de efectuar revisiones de las decisiones y determinaciones que se hagan en virtud del Programa para garantizar el cumplimiento de esta Política y de la Política de Facturación y Cobros.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Si desea obtener más información sobre el Programa de Asistencia Financiera o pedir una Solicitud de asistencia financiera, comuníquese con el Departamento de Servicios Comerciales del Paciente al domicilio y número de teléfono consignados más abajo para hablar con un Asesor de Asistencia Financiera. Si así se solicitase, se facilitarán traducciones a los idiomas de cada una de las poblaciones con competencias limitadas de inglés que sean significativas dentro de la comunidad que atiende el Hospital.

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS COMERCIALES DEL PACIENTE

Stamford Health
One Hospital Plaza
Stamford, Connecticut 06902

Teléfono: (203) 276-7572

Fax: (203) 276-7093

Correo electrónico: CustomerServiceR@stamhealth.org