

## POLÍTICA DE COBERTURA DE ATENCIÓN BENÉFICA Y ASISTENCIA FINANCIERA CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD:

Los siguientes pacientes que residen en el área de servicio primario del Hospital de Salud Conductual de Connecticut serán elegibles para calificar para la Cobertura de atención Benéfica.

1. Cualquier paciente no asegurado que presente evidencia calificada de que los ingresos de su hogar están entre el 0 y el 125% de las pautas federales de pobreza aplicables para el año anterior al año en que se prestó el servicio.
2. Cualquier paciente elegible para Medicaid o Medicaid Administrado que haya agotado sus beneficios.
3. Cualquier receptor de Medicare que cumpla con los criterios de ingresos.

Un paciente que califique para la cobertura de atención benéfica recibirá un descuento del 100% de la factura del hospital del paciente no cubierto por el seguro.

Un "paciente no asegurado" es una persona que no tiene cobertura por un tercero por parte de una aseguradora comercial, un Programa Federal de Atención Médica (CHAMPUS en inglés) u otra cobertura para toda o alguna parte de su factura.

A los efectos de esta política y los procedimientos correspondientes, la Junta Directiva del Hospital de Salud Conductual de Connecticut establece las siguientes pautas de Beneficios Comunitarios para la provisión de Asistencia Financiera a los pacientes y los términos se definen de la siguiente manera:

**DEFINICIONES:**

**ASISTENCIA FINANCIERA:** Servicios de atención médica que se han prestado o se prestarán pero nunca se espera que generen entradas de efectivo. La atención de asistencia financiera resulta de la política de un proveedor de proporcionar servicios de atención médica gratuitos o con descuento a individuos que cumplan con los criterios establecidos.

**FAMILIA:** Utilizando la definición de la Oficina del Censo de los Estados Unidos, un grupo de dos o más personas (uno de los cuales es el jefe de familia) relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que residen juntas. Se consideran como familias a la madre, al padre y a los hijos dependientes menores de 18 años. Otros adultos en el hogar, aunque estén relacionados, se consideran por separado.

**INGRESO**: Ganancias, compensación por desempleo, compensación laboral,

seguridad social, ingreso suplementario de seguridad, pagos de veteranos, beneficios para sobrevivientes, pensión o ingresos por jubilación, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de fincas, fideicomisos, pensión alimenticia, asistencia pública, manutención de hijos y cualquier otra asistencia externa al hogar.

**NO ASEGURADO:** El paciente no tiene ningún nivel de seguro o asistencia por un tercero para ayudar a cumplir con sus obligaciones de pago. Estos pacientes recibirán un descuento del 40% para pacientes no asegurados sobre sus cargos totales. El Hospital de Salud Conductual de Connecticut utiliza un método de retrospectiva revisando el pago promedio de los pagadores comerciales durante un período de 12 meses para llegar a este porcentaje.

**SUBASEGURADO:** El paciente tiene algún nivel de seguro o asistencia por un tercero pero aún tiene gastos de bolsillo que exceden sus capacidades financieras.

**TÉRMINO DE ELEGIBILIDAD:** Una vez aprobado, el paciente permanece elegible para asistencia financiera durante 6 meses; a menos que se conozca información adicional relevante para la elegibilidad de la solicitud de asistencia financiera del paciente, como un cambio en los ingresos o una nueva elegibilidad para la cobertura de seguro.

La elegibilidad del paciente será revisada después de 6 meses y se remitirá a un Navegador de seguros del Hospital de Salud Conductual de Connecticut para ver si el paciente califica para ser elegible para Medicaid.

"Ingreso familiar" es todo ingreso de actividades activas o pasivas para todos los miembros del hogar.

## EVIDENCIA DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA:

El Hospital de Salud Conductual de Connecticut aceptará la siguiente documentación como evidencia de elegibilidad financiera para la cobertura de atención benéfica.

1. Copia de la declaración de impuestos del paciente para el año anterior al año en que se prestó el servicio.
2. Verificación aceptable de los empleadores) del ingreso del hogar del paciente en o por debajo del 200% del nivel federal de pobreza aplicable para el año anterior al año en que se prestó el servicio.
3. Carta notariada firmada que indique que el hogar del paciente no tuvo ingresos en el año anterior al año en que se prestó el servicio; o
4. Si el paciente es dependiente de otra persona, la información de esa persona como se indica en los ítems 1, 2 y 3 anteriores.

## BASE PARA CARGOS

1. El Hospital de Salud Conductual de Connecticut factura a los pacientes elegibles en función de los "Montos Generalmente Facturados" calculados utilizando el "Método de Retrospectiva".
2. El Método de Retrospectiva revisa el pago promedio de los pagadores comerciales durante un período de 12 meses para llegar a este porcentaje. Contacto Servicios Financieros al 860-523-3909.

## CRITERIOS PARA DIFUSIÓN:

1. Cualquier paciente no asegurado admitido como paciente hospitalizado recibirá una solicitud de atención benéfica por parte de la oficina de admisión de forma gratuita.
2. Cualquier paciente identificado como no asegurado después de la admisión recibirá una solicitud de forma gratuita.
3. Cualquier paciente que en una llamada telefónica declare que no puede pagar el cargo del hospital puede ser informado de que puede solicitar cobertura de atención benéfica completando la solicitud y adjuntando la evidencia apropiada de elegibilidad financiera.
4. La solicitud está disponible en línea, a solicitud del Consejero Financiero.

**APROBACIÓN DE CARIDAD POR ADELANTADO**

1. Los pacientes no asegurados que se presenten en el registro para servicios ambulatorios no urgentes no son elegibles para la aprobación de caridad por adelantado.

**PROCESO:**

1. Se le pedirá a un paciente que solicite cobertura de atención benéfica que complete la Solicitud de Cobertura de Atención Benéfica y proporcione la información descrita en "Evidencia de Elegibilidad Financiera" anteriormente.
2. Utilizando los Criterios de Elegibilidad anteriores como guía, el Comité de Caridad del Hospital de Salud Conductual de Connecticut evaluará las Solicitudes de Cobertura de Atención Benéfica de los pacientes mensualmente.
3. El personal del Hospital de Salud Conductual de Connecticut utilizará la información del nivel federal de pobreza disponible para el año anterior al año en que se prestó el servicio para determinar la elegibilidad de un paciente para recibir cobertura de atención benéfica.
4. El Hospital de Salud Conductual de Connecticut realizará una revisión por un tercero de todas las cuentas de Pago Privado registradas el mes anterior mensualmente, para verificar si los pacientes son elegibles para la atención benéfica. Los pacientes identificados como elegibles tendrán su saldo de cuenta ajustado a caridad.
5. El Hospital de Salud Conductual de Connecticut realizará una revisión por un tercero de todas las cuentas de Pago Privado devueltas como no aseguradas después de la facturación mensualmente, para verificar si los pacientes son elegibles para la atención benéfica. Los pacientes identificados como elegibles tendrán su saldo de cuenta ajustado a caridad.
6. El Hospital de Salud Conductual de Connecticut notificará por escrito a todos los pacientes que completen la solicitud de Caridad y sean aprobados para la Atención Benéfica dentro de los 14 días posteriores a la recepción de la solicitud completada.
7. Esta política se aplica a los pacientes sin seguro sin importar la raza, género o credo del paciente.
8. El Hospital de Salud Conductual de Connecticut revisará periódicamente esta política y procedimiento para determinar si la cobertura de atención benéfica es permitida bajo la ley federal y estatal. El Hospital de Salud Conductual de Connecticut se esforzará por mantener esta Política de Caridad consistente con todas las pautas gubernamentales aplicables a nuestras instalaciones.

**PROVEEDORES EXCLUIDOS E INCLUIDOS EN LA POLÍTICA DE ATENCIÓN BENÉFICA:**

Las regulaciones del Servicio de Impuestos Internos (IRS en inglés) definidas en 26 CFR Partes 1, 53 y 602 (Registro Federal Volumen 79, 250) requieren que el Hospital de Salud Conductual de Connecticut liste todos los proveedores excluidos de la Política de Atención Benéfica para el Hospital de Salud Conductual de Connecticut. De acuerdo con este requisito, los proveedores **excluidos** de la Política de Atención Benéfica para el Hospital de Salud Conductual de Connecticut son los siguientes:

* Todos los servicios proporcionados por Especialistas en Salud Mental de Connecticut,
* Todos los servicios proporcionados por el Dr. Martin Cooper
* Todos los servicios proporcionados por Elin Alfin, APRN.
* Todos los servicios proporcionados por Jill Jaccomini, APRN.
* Todos los servicios proporcionados por TridentCare, Diagnóstico.
* Todos los servicios proporcionados por Griffin Health, Servicios de Laboratorio.

Proveedores incluidos en la Política de Atención Benéfica para el Hospital de Salud Mental de Connecticut son los siguientes:

* Todos los demás servicios proporcionados por proveedores empleados por el Hospital de Salud Conductual de Connecticut.

**Falta de Pago**

# Para las aseguradoras, una negación de reclamo será apelada si está justificada. Si la póliza ha sido cancelada, el saldo será facturado de forma privada a la parte responsable del residente, paciente o cliente. Un saldo de co-asegurado no cubierto por una póliza de seguro será facturado a la parte responsable.

Los estados de cuenta se envían por correo cada mes a la parte responsable. Si no se realiza el pago y no hay contacto con el Supervisor de Cuentas por Cobrar, se tomarán medidas de cobro, según se detalla a continuación:

* Los saldos de pago privado que excedan los 30 días generarán una llamada telefónica.
* Si no hay respuesta, se enviará una carta después de que la cuenta alcance los 60 días.
* Si no hay respuesta o intento de hacer arreglos, a los 90 días la cuenta se elevará a una carta más fuerte enviada por correo certificado con una solicitud de pago. La carta identifica que el siguiente paso es que la cuenta será enviada a un abogado, junto con un estado de cuenta adjunto.
* Si se envía a la firma de abogados, la firma enviará una carta de demanda a la parte responsable.
* La respuesta o falta de respuesta determinará la próxima acción tomada por la firma de abogados, previa autorización por parte de la instalación.
* Se harán intentos para llegar a un acuerdo razonable antes de proceder a medidas más extremas.

Se hace una consideración especial caso por caso si el residente, paciente o cliente califica para atención benéfica o asistencia financiera después de la divulgación de información financiera.