

Centro Médico Bassett

Política y solicitud de asistencia financiera

Enero de 2018

La política de asistencia financiera del Centro Médico Bassett brinda atención gratuita a personas y familias sin cobertura de seguro que tienen dificultad para pagar el costo total de su atención médica, incluido el tratamiento médico de emergencia. El tratamiento de emergencia y los servicios médicamente necesarios se proporcionan en todos los casos, independientemente de la capacidad de pago de la persona. Para que podamos prestar servicio a tantas personas como sea posible de acuerdo con este programa, los solicitantes deben cumplir determinados requisitos de elegibilidad. Todos los pacientes de Bassett Healthcare pueden solicitar el programa de asistencia financiera sin importar cuál sea su lugar de residencia. No se trata de una póliza de seguro ni cumple con los criterios de un plan de salud calificado de acuerdo con la Ley de Atención Asequible. La solicitud solo tiene validez en los plazos de tiempo que se especifican a continuación. Hay solicitudes por separado disponibles para cada hospital de la red Bassett Healthcare.

¿Qué servicios no cubre esta póliza?

Los servicios no incluidos en el programa de asistencia financiera son los siguientes:

- farmacia;
- anteojos o lentes de contacto;
- audífonos y equipo médico duradero;
- atención dental de rutina (se cubren las primeras dentaduras postizas después de la extracción);
- cirugía bucal;
- cirugía cosmética y electiva;
- toda fecha de servicio anterior a los doscientos cuarenta (240) días del envío por correo del primer estado de cuenta posterior al alta;
- saldos de copagos, coseguros y deducibles.

¿Cómo se califica para recibir asistencia financiera?

Para calificar para recibir el beneficio del programa de asistencia financiera, los servicios y la solicitud deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Se aceptarán solicitudes de ayuda financiera para servicios futuros dentro de los 60 días de presentada la solicitud, que se limiten a servicios programados no excluidos del programa. También son elegibles los servicios anteriores de no más de doscientos cuarenta (240) días antes de la fecha de envío por correo del primer estado de cuenta posterior al alta.
- Se le podrá pedir que solicite Medicaid después de presentar la solicitud, a menos que los ingresos de su familia superen las pautas de Medicaid. Además, debe solicitar todos los programas de seguro de salud pública para los que es elegible, incluido Child Health Plus, antes de la aprobación de asistencia financiera. Si ya tiene un rechazo de Medicaid, debe tener menos de seis meses de antigüedad.
- El ingreso bruto anual de su familia no supera los siguientes límites federales de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés):

Cantidad de integrantes de la familia	Nivel de ingresos (FPL)	FPL x 200%	FPL x 300%*
1	\$12,760	\$25,520	\$38,280
2	\$17,240	\$34,480	\$51,720
3	\$21,720	\$43,440	\$65,160
4	\$26,200	\$52,400	\$78,600
5	\$30,680	\$61,360	\$92,040
6	\$35,160	\$70,320	\$105,480
7	\$39,640	\$79,280	\$118,920
8	\$44,120	\$88,240	\$132,360
Cada adicional:	\$4,480	\$8,960	\$13,440
Porcentaje de descuento	100%	100%	100%

***Todo solicitante que tenga ingresos inferiores al 300% del límite federal de pobreza (FPL) es elegible para recibir asistencia financiera siempre y cuando se cumplan todos los requisitos del programa.**

Nota: Aunque se requiere que los solicitantes completen todas las secciones de la solicitud y cumplan con todos los requisitos del programa, el Centro Médico Bassett se reserva el derecho, a su exclusivo criterio, de renunciar a los requisitos de solicitud o modificarlos por causas suficientes demostradas conforme a las leyes federales y estatales.

¿Cómo solicito asistencia financiera?

Para presentar la solicitud se requiere:

- Un formulario de solicitud completo, firmado y fechado (se incluye aquí);
- Todos los solicitantes pueden hacer caso omiso de cualquier facturación recibida durante el período siguiente a la presentación de su solicitud hasta que se haya tomado una decisión final sobre su elegibilidad;
- Verificación de ingresos. Presente documentación de sus ingresos junto a la solicitud. La documentación que se usa por lo general son comprobantes de pago o declaraciones de beneficios. Puede presentar sus ingresos con su declaración de impuestos, pero no es necesario fundamentarlos. En caso de que haya habido cambios recientes en sus ingresos (por

pérdida de empleo, etc.), puede presentar una verificación adicional del período de seis meses inmediatamente anteriores a la fecha de la solicitud. Tenga en cuenta que si trabaja por su cuenta y ha presentado una declaración de impuestos, puede haber algunos descuentos que no se consideren al calcular sus ingresos o su elegibilidad para este programa.

- Si su ingreso familiar es inferior a las pautas de Medicaid, deberá presentar una solicitud de Medicaid antes de que se apruebe la de asistencia financiera.
- No se aprobarán solicitudes de asistencia financiera si se le niega Medicaid porque no completó una solicitud o se niega a cumplir con alguna condición de elegibilidad. También se pueden rechazar solicitudes de asistencia financiera si los solicitantes no tienen un seguro de salud patrocinado por el empleador o solicitan otros programas públicos para los que pueden ser elegibles.

¿Cómo sabré si me aprobaron para recibir asistencia financiera?

El Centro Médico Bassett le enviará una carta dentro de los 30 días de haber completado y enviado toda la documentación requerida, para informarle nuestra determinación sobre su solicitud. La solicitud aprobada de asistencia financiera generará un gravamen en favor del Centro Médico Bassett contra lo recaudado por cualquier juicio por lesiones personales o reclamación relacionada con los servicios del hospital mencionados en la solicitud, pero solo en la medida del monto de asistencia financiera que se le adjudique.

¿Puedo apelar un rechazo de asistencia financiera?

Se pueden apelar los rechazos de asistencia financiera dentro de los 30 días de recibido el rechazo mediante presentación de una declaración de apelación por escrito con cualquier material de respaldo ante el:

Financial Assistance Program
Attention: Financial Aid Appeals Dept. /Bassett Healthcare
One Atwell Road
Cooperstown, NY 13326

¿Qué otros programas están disponibles?

Nueva York cuenta con varios programas de seguros patrocinados por el estado, entre otros: Medicaid, Child Health Plus, Healthy NY y Asistencia para Atención Prenatal (PCAP). Puede obtener información y un listado completo de programas en <http://www.health.state.ny.us>. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios Sociales de su condado para obtener información sobre esos programas. Podrá encontrar información sobre los planes de salud disponibles mediante el Intercambio de Salud del Estado de Nueva York en <http://www.nystateofhealth.ny.gov> o si llama al 1-855-355-5777 (línea gratuita).

¿Cómo me comunico para obtener más información o ayuda con mi solicitud?

Se pueden descargar solicitudes de www.bassett.org al hacer clic en "Financial Assistance" (Asistencia financiera) y seleccionar el establecimiento adecuado de la red Bassett Healthcare. Llame al (607)-547-3480 para comunicarse con representantes de cuentas del Centro Médico Bassett o al 1-(800)-642-0455 (línea gratuita) para obtener más información o solicitar una copia gratis de la póliza y la solicitud, o para presentar una solicitud. Deberá enviar una solicitud completa con material de respaldo a:

Financial Assistance Program
Bassett Medical Center
One Atwell Road
Cooperstown, NY 13326

¿Qué opciones disponibles tengo si no soy elegible para obtener asistencia financiera?

Póliza de facturación y cobro: En cualquier momento dentro de los 240 días de enviado por correo el primer estado de cuenta, una persona responsable elegible puede completar una solicitud de nuestro programa de asistencia financiera.

Nosotros, así como nuestros socios de facturación y cobro, hacemos todo esfuerzo razonable para ayudar a los pacientes y personas responsables a resolver sus saldos pendientes. Todas las personas responsables recibirán estados de cuenta de facturación después de derivarlos al organismo de facturación de pago automático del hospital, Medical Self Pay Accounts Receivable Services, LLC (MedSPAR). Si la persona responsable no pudiese remitir el pago total del saldo remanente, podrá celebrar un acuerdo aprobado de pago en cuotas mensuales sin intereses. Todos los acuerdos de pago en cuotas mensuales aprobados se confirmarán con la persona responsable por escrito.

Al menos treinta (30) días después de enviar por correo el estado de cuenta final con aviso de MedSPAR de acuerdo con lo que requiere la Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible, todo saldo impago no sujeto a un acuerdo aprobado de pago en cuotas o que sea elegible para recibir asistencia financiera se puede derivar para el cobro de un tercero. Una vez que se derive a un cobrador externo, según factores que incluyen el monto adeudado y las circunstancias personales de la persona responsable, el saldo pendiente puede estar sujeto a uno o más de los siguientes: informe crediticio, litigio que podría ocasionar un embargo judicial sobre bienes reales o personales, y ejecución judicial. Si el saldo pendiente está en manos de un cobrador externo, se aceptarán solicitudes de asistencia financiera si se reciben dentro de los 240 días del envío por correo del primer estado de cuenta de MedSPAR mencionado. Se ofrecerá a los pacientes o personas responsables que no sean elegibles para obtener asistencia financiera la oportunidad de resolver de manera voluntaria sus saldos pendientes con nuestro organismo externo o bufete legal.

SOLICITUD DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA SEGÚN EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____ FECHA DE SOLICITUD: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ TELÉFONO: () _____

DOMICILIO CALLE: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

ESTADO CIVIL (marque una opción con un círculo): casado soltero divorciado viudo separado legalmente (debe presentar comprobante)

NOMBRE DEL CÓNYUGE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

EMPLEADOR (del solicitante): _____

EMPLEADOR (del cónyuge, si corresponde): _____

CANTIDAD DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA (incluido el solicitante): ____ INGRESOS FAMILIARES ANTES DE IMPUESTOS: (Últimos 6 meses) \$ _____

EDADES DE LOS HIJOS: _____

VERIFICACIÓN DE IMPUESTOS: Talones de pago Declaraciones de impuestos Declaraciones de beneficios Otro (especifique): _____

***El comprobante de ingresos puede ser uno o más de los siguientes: copias de talones de pago, devoluciones de impuestos estatales y federales, declaraciones de beneficios o documentación de cualquier otro ingreso junto a su solicitud.**

SEGURO PATROCINADO POR EL EMPLEADOR U OTRO SEGURO:

¿Usted o su cónyuge tienen acceso a un seguro médico patrocinado por el empleador? SÍ NO

Si la respuesta es "sí", costo mensual estimado del seguro patrocinado por el empleador u otro seguro: _____

Si la respuesta es "sí", dirección y número de teléfono del empleador u otra entidad que ofrece seguro de salud: _____

***Adjunte documentación de respaldo para verificar costos, opciones disponibles e inscripción.**

RECLAMOS POR RESPONSABILIDAD: ¿Se han iniciado acciones legales u otro reclamo por estos servicios, o se contempla la posibilidad de iniciar acciones legales o reclamos? Sí / No

Si la respuesta es "sí", indique nombre y dirección del abogado: _____

Nombre y dirección de las personas responsables: _____

Certifico que la información anterior es verdadera y está completa, a mi leal saber y entender. Continuaré cualquier solicitud pendiente de asistencia o cobertura de tercero (Medicaid, Medicare, seguro, etc.) que pudiese estar disponible para el pago de estos cargos de hospital o médicos. Tomaré cualquier medida necesaria razonable para obtener esa ayuda y destinaré y pagaré al hospital cualquier ganancia (pero solo para cubrir mis gastos de hospital o médicos) que pague cualquier cobertura externa, independientemente de cuándo lo reciba. Por el presente documento, los solicitantes autorizan al Centro Médico Bassett a realizar una investigación razonable de la disponibilidad de seguros de salud patrocinados por el empleador, incluido comunicarse con los empleadores de los solicitantes.

Al hacer esta solicitud, por el presente otorgo al Centro Médico Bassett un gravamen por las ganancias de cualquier compensación que me paguen, o en mi beneficio, o al paciente, o en beneficio del paciente, como resultado de cualquier acción civil, arbitraje o reclamación relacionados con estos cargos. Sin embargo, cualquier gravamen de esa índole solo será en la medida de estos cargos, o de tal compensación, lo que sea menor.

Si la información que he suministrado en relación con esta solicitud se determina con posterioridad que es incorrecta o está incompleta, volverá a evaluarse la elegibilidad para el programa de asistencia financiera en virtud de la información correcta o adicional, y puedo ser responsable del pago de cualquier servicio que se haya considerado elegible antes de conformidad con el programa de asistencia financiera.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Cónyuge: _____ Fecha: ____/____/____



Bassett Healthcare Network

¿No tiene seguro?



Un recurso útil para los pacientes que necesitan asistencia financiera



Bassett Healthcare Network
Bassett Medical Center

One Atwell Road
Cooperstown, NY 13326
(607) 547-3456 1-800-BASSETT
www.bassett.org

2020