

DANA-FARBER CANCER INSTITUTE
MANUAL DE ATENCIÓN AL PACIENTE Y POLÍTICA ADMINISTRATIVA

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA AL PACIENTE

1. PROPÓSITO:

Esta política establece el compromiso de Dana-Farber Cancer Institute (DFCI) con el programa de asistencia financiera al paciente (PFA, por sus siglas en inglés), cuyo objetivo es asistir a pacientes que no tienen la capacidad para pagar por su atención médica porque son pacientes de bajos ingresos sin seguro o tienen beneficios de seguro limitados o los han agotado (subasegurados), o porque tienen gastos médicos excesivos. La política no tiene por objetivo brindar asistencia a pacientes asegurados para quienes DFCI es una institución que no pertenece a su red y el pagador no está dispuesto a autorizar los servicios.

2. ALCANCE:

Esta política se aplica a todos los pacientes que reúnan los requisitos y reciban servicios necesarios desde el punto de vista médico en DFCI. DFCI considera que todos los servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios facturados por la institución son necesarios desde el punto de vista médico y, por lo tanto, la presente política comprende dichos servicios. Los servicios necesarios desde el punto de vista médico son, entre otros, los razonablemente previstos para prevenir, diagnosticar, evitar el empeoramiento, aliviar, corregir o curar afecciones que pongan la vida en peligro, causen sufrimiento o dolor, produzcan una deformidad física o disfunción, amenacen con causar o agravar una discapacidad, o deriven en una enfermedad o dolencia. Los servicios necesarios desde el punto de vista médico incluyen los servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios autorizados conforme al Título XIX de la Ley de seguridad social. Los siguientes servicios están excluidos del programa de asistencia financiera al paciente: farmacia de venta minorista, Friends' Place, Leonard P. Zakim Center for Integrative Therapies y Telegenética.

La política de asistencia financiera al paciente de DFCI cubre los servicios necesarios desde el punto de vista médico que se ofrecen en los centros de atención ambulatoria y el hospital para pacientes internos de DFCI. Estos incluyen las siguientes sedes de DFCI:

- Dana-Farber Cancer Institute (main campus)
- Dana-Farber Cancer Institute at Brighton
- Dana-Farber Cancer Institute at Chestnut Hill
- Dana-Farber Cancer Institute at Londonderry
- Dana-Farber Cancer Institute at Merrimack Valley
- Dana-Farber Cancer Institute at Milford
- Dana-Farber Cancer Institute at Weymouth
- Dana-Farber Cancer Institute at Whittier Street Health Center
- Dana-Farber Cancer Institute Mobile Mammography Service Van

Como se indica anteriormente, esta política también se aplica a los servicios brindados en el autobús de mamografía de Dana-Farber, que ofrece mamografías de detección móviles y educación sobre la salud mamaria a mujeres de al menos 40 años de edad en asociación con organizaciones comunitarias y centros de salud barriales en el Estado de Massachusetts.



Para ver una lista detallada de los servicios específicos que están cubiertos y no están cubiertos en esta política, se puede consultar el resumen de servicios cubiertos de DFCI incluido al final de este documento. Esta información también se puede obtener sin cargo en www.dana-farber.org/PFA o comunicándose con un asesor financiero de DFCI, según se describe en la Sección 8.

3. POLÍTICA:

DFCI ofrece asistencia financiera directa a través del programa de asistencia financiera al paciente diseñado para brindar ayuda a (i) pacientes de bajos ingresos (ingresos familiares iguales o inferiores al 300% de las pautas federales de pobreza (FPG, por sus siglas en inglés)), subasegurados o que no tienen seguro y no tienen la capacidad para pagar por sus servicios de atención médica y (ii) pacientes con cualquier tipo de ingreso familiar que tienen gastos médicos excesivos y no tienen la capacidad de pagar por sus servicios de atención médica. Los pacientes pueden reunir los requisitos para recibir ciertos servicios de atención médica gratis o a un costo reducido a través de la participación de DFCI en el programa Health Safety Net de Massachusetts, incluido el programa de descuentos por dificultades económicas para pagar servicios médicos (el programa “Health Safety Net”), según se describe a continuación. Asimismo, los pacientes pueden reunir los requisitos para recibir servicios de atención médica gratis o a un costo reducido a través de varios otros programas estatales de asistencia pública (incluidos, entre otros, MassHealth, el Programa de pago de asistencia con una prima operado por Health Connector, y el Programa de seguridad médica para niños).

A efectos de la presente política, la definición de “paciente” incluye al paciente de DFCI o su garante (o sea, la persona responsable de la atención del paciente desde el punto de vista financiero).

Esta política, junto con la Política de crédito y cobranza de DFCI, contemplan las obligaciones financieras del paciente por los servicios brindados por DFCI y las políticas y prácticas de DFCI con respecto a la facturación a los pacientes y la cobranza de los pagos por tales servicios.

A. Asistencia financiera directa

En virtud del componente de asistencia financiera directa del programa PFA, DFCI renuncia directamente, en todo o en parte, a las obligaciones financieras del paciente por servicios de atención médica brindados por DFCI a (i) pacientes de bajos ingresos que califiquen y no cuenten con ningún seguro médico comercial, que se considere que no reúnen los requisitos para programas de seguro médico estatal o federal, o que tienen un seguro médico federal, estatal o comercial pero cuyos beneficios médicos sean limitados o se hayan agotado por completo y (ii) pacientes de cualquier nivel de ingresos cuyos gastos médicos familiares se consideren excesivos conforme a esta política. Los pacientes deben ser ciudadanos estadounidenses o residentes permanentes de EE.UU. para poder tener derecho a recibir asistencia financiera directa en virtud de la presente política. Las obligaciones financieras del paciente incluyen aquellas vinculadas a servicios para los que la aseguradora del paciente hubiese negado la cobertura en DFCI por limitaciones de los beneficios, y, en la mayoría de los casos, los copagos, coseguros y cantidades deducibles adeudados por el paciente.

DFCI brindará asistencia financiera directa y renunciará total o parcialmente a las obligaciones financieras del paciente, en el caso de aquellos pacientes que: (i) completen la Solicitud de asistencia financiera del paciente (“Solicitud PFA”) y brinden la documentación de respaldo necesaria y (ii) se determine que reúnen los requisitos para obtener asistencia financiera directa en virtud de esta política (“pacientes que reúnen los requisitos para recibir PFA”). El descuento aprobado se aplicará a todas las obligaciones financieras de los

pacientes elegibles para la asistencia del programa PFA en forma retroactiva, hasta un (1) año antes de la fecha de aprobación de la solicitud.

A los pacientes que califican para obtener asistencia financiera no se les cobrará más que los montos que se facturan habitualmente (“AGB”, por sus siglas en inglés) a las personas que poseen un seguro, según se describe más adelante en la Sección 4C.

B. Asistencia financiera a través de Health Safety Net

Además, a través de la participación en Health Safety Net, DFCI brinda asistencia financiera para ciertos servicios de atención médica que califiquen a pacientes de bajos ingresos sin seguro y subasegurados que residan en Massachusetts y cumplan ciertos requisitos de ingresos. El programa Health Safety Net se creó para distribuir de manera más equitativa el costo de brindar atención sin compensación a pacientes de bajos ingresos sin seguro y subasegurados a través de servicios de atención médica gratuitos o con descuento en los hospitales de casos agudos de Massachusetts. El agrupamiento de servicios médicos sin compensación dentro de Health Safety Net se realiza a través de una evaluación de cada hospital participante a fin de cubrir el costo de la atención para pacientes sin seguro y subasegurados cuyos ingresos se encuentren por debajo del 300% de las Pautas federales de pobreza (FPG, por sus siglas en inglés). A través de la participación de DFCI en Health Safety Net, los pacientes de bajos ingresos que reciban servicios en DFCI pueden reunir los requisitos para obtener asistencia financiera, incluida atención total o parcialmente gratuita para los servicios que califican para el programa Health Safety Net, según se define en el Código de Reglamentaciones de Massachusetts (CMR, por sus siglas en inglés), 101 CMR 613.01-08 (“Servicios que califican para el programa Health Safety Net”). DFCI podría pedirles a los pacientes que soliciten asistencia en virtud de esta política, prueba de que no reúnen los requisitos para programas de MassHealth como Health Safety Net, o para programas de Medicaid similares de otros estados. También se les podría pedir prueba de que han presentado solicitudes a programas estatales y de que aún no se ha tomado una determinación (DFCI podría suspender la revisión de las solicitudes de asistencia financiera hasta que se conozcan los resultados de las solicitudes a los programas de asistencia estatal).

La asistencia financiera en virtud de esta política incluye toda aquella brindada a pacientes de bajos ingresos dentro del programa Health Safety Net. Los pacientes de Health Safety Net no serán elegibles para la asistencia financiera del programa PFA hasta que hayan pagado todos los deducibles, tal como lo determina el Estado de Massachusetts. Por consiguiente, para sumas diferentes de los deducibles determinados por el Estado de Massachusetts, a los pacientes que reúnan los requisitos para participar en Health Safety Net no se les cobrarán montos superiores a los que se facturan habitualmente en relación con los cargos por los cuales los pacientes sigan siendo responsables, según se describe en la Sección 4C más adelante.

C. Descuento de autopago de DFCI

Los pacientes sin seguro y subasegurados que no cumplan los requisitos para el programa de asistencia financiera al paciente de DFCI (es decir, tanto asistencia financiera directa como asistencia dentro del programa Health Safety Net) pueden tener derecho a recibir el descuento por autopago de DFCI, aunque no podrán calificar para ambos beneficios. Si un paciente necesita información adicional sobre la Política de descuento por autopago, deberá comunicarse con los asesores financieros según se describe en la Sección 8. El descuento por autopago no forma parte del programa de asistencia financiera al paciente de DFCI.

4. ASISTENCIA FINANCIERA A LOS PACIENTES

A. Límites de ingresos para recibir asistencia financiera directa

Este programa de asistencia financiera directa está limitado a pacientes con dificultades financieras demostradas debido a ingresos limitados o en los casos en que sus facturas médicas sean una parte importante de los ingresos de su familia. Las Pautas federales de pobreza (FPG) de publicación más reciente se utilizarán como determinante principal de los ingresos de un paciente. Los descuentos basados en los niveles de ingresos se limitan a pacientes con ingresos familiares de menos del 301% de las FPG; los descuentos basados en gastos médicos excesivos varían según el nivel de ingresos de la familia.

Para obtener información adicional sobre las pautas federales de pobreza vigentes, comuníquese con un asesor financiero de DFCI como se describe en la Sección 8.

B. Ingresos y otros requisitos de elegibilidad para recibir asistencia a través de Health Safety Net

- 1) *Health Safety Net – Pagador primario*: Es posible que se determine que los pacientes sin seguro que residan en Massachusetts y tengan un ingreso bruto ajustado modificado (MAGI, por sus siglas en inglés) verificado del núcleo familiar para MassHealth, o un ingreso familiar por dificultades económicas para pagar servicios médicos, que se encuentre entre 0% y 300% de las pautas federales de pobreza, cumplen los requisitos para recibir servicios que califican para el programa Health Safety Net. El período de elegibilidad y el tipo de servicios dentro de la categoría *Health Safety Net – Pagador primario* se limitan a los pacientes que cumplen los requisitos para inscribirse en el Programa de asistencia para el pago de primas operado por Health Connector, según se describe en 101 CMR 613.04(5)(a) y (b). Los pacientes que están sujetos a los requisitos del Programa de salud para estudiantes de la Ley general de Massachusetts (M.G.L.), c. 15A, párrafo 18, no cumplen los requisitos para recibir asistencia dentro de la categoría *Health Safety Net – Pagador primario*.
- 2) *Health Safety Net – Pagador secundario*: Es posible que se determine que los pacientes con un seguro de salud primario que residan en Massachusetts y cuyo ingreso bruto ajustado modificado (MAGI) del núcleo familiar para MassHealth o ingreso familiar computable por dificultades económicas para pagar servicios médicos, según se describe en 101 CMR 613.01(1), se encuentre entre 0% y 300% de las FPG, cumplen los requisitos para recibir servicios que califican para el programa de Health Safety Net. El período de elegibilidad y el tipo de servicios dentro de la categoría *Health Safety Net – Pagador secundario* se limitan a los pacientes que cumplen los requisitos para inscribirse en el Programa de asistencia para el pago de primas operado por Health Connector, según se describe en 101 CMR 613.04(5)(a) y (b). Los pacientes que están sujetos a los requisitos del Programa de salud para estudiantes de la Ley general de Massachusetts (M.G.L.), c. 15A, párrafo 18, no cumplen los requisitos para recibir asistencia dentro de la categoría *Health Safety Net – Pagador secundario*.
- 3) *Health Safety Net – Deducibles parciales*: Los pacientes que califiquen para *Health Safety Net – Pagador primario* o *Health Safety Net – Pagador secundario*, cuyo ingreso bruto ajustado modificado (MAGI) del núcleo familiar para MassHealth o ingreso familiar computable por dificultades económicas para pagar servicios médicos se encuentre entre 150.1% y 300% de las FPG, pueden estar sujetos a un deducible anual si todos los miembros del grupo familiar de facturación de primas, según se describe en 130 CMR 501.0001 (grupo familiar de facturación de primas), tienen un ingreso superior al 150.1% de las FPG. Si algún miembro del grupo

familiar para la facturación de primas tiene un ingreso inferior al 150.1% de las FPG, no se aplicará ningún deducible a ninguno de los miembros de dicho grupo familiar. El deducible anual es equivalente al (i) Programa de asistencia para el pago de primas de menor costo operado por Health Connector, ajustado proporcionalmente en función del tamaño del grupo familiar para la facturación de primas conforme a las normas de ingresos para MassHealth basadas en las FPG , al inicio del año calendario, o (ii) 40% de la diferencia entre el menor ingreso bruto ajustado modificado (MAGI) del núcleo familiar para MassHealth o el ingreso familiar computable por dificultades económicas para pagar servicios médicos, según se describe en 101 CMR 613.04(1), en el grupo familiar para la facturación de primas del paciente y el 200% de las FPG, el monto que resulte ser menor. Los pacientes de Health Safety Net no serán elegibles para la asistencia financiera del programa PFA hasta que hayan pagado todos los deducibles, tal como lo determina el Estado de Massachusetts.

- 4) *Health Safety Net – Dificultades económicas para pagar servicios médicos*: Un residente de Massachusetts con cualquier tipo de ingreso puede calificar para recibir asistencia por *dificultades económicas para pagar servicios médicos* a través de Health Safety Net si los gastos médicos permitidos han reducido tanto sus ingresos computables que no puede pagar sus servicios de salud. A fin de calificar para asistencia por *dificultades económicas para pagar servicios médicos*, los gastos médicos permitidos del paciente deben exceder un porcentaje específico de su ingreso computable, el cual se define en 101 CMR 613 de la siguiente manera:

Ingresos como % de las FPG	Porcentaje de ingresos computables
0 - 205%	10%
205.1 - 305%	15%
305.1 - 405%	20%
405.1 - 605%	30%
>605.1%	40%

El aporte requerido del paciente se calcula como el porcentaje de los ingresos computables especificado en 101 CMR 613.05(1)(b), sobre la base de los ingresos familiares conforme a las FPG por *dificultades económicas para pagar servicios médicos*, multiplicado por los ingresos computables reales, menos las facturas que no califican para el pago a través de Health Safety Net, por las cuales el paciente seguirá siendo responsable. Se especifican otros requisitos para la asistencia por *dificultades económicas para pagar servicios médicos* en 101 CMR 613.05.

C. Limitación sobre los cargos

A los pacientes que cumplan los requisitos para el programa de asistencia financiera al paciente de DFCI (ya sea asistencia financiera directa o asistencia en virtud de Health Safety Net) no se les cobrará más de lo que se factura habitualmente. Específicamente, el porcentaje del AGB anual de DFCI equivale a la suma de los montos pagados por Medicare para cargos por servicios prestados, por Medicaid y por todas las compañías de salud privadas por los reclamos, dividida por la suma de todos los cargos brutos de esos reclamos durante el ejercicio contable previo. De acuerdo con este cálculo, el AGB de DFCI siempre será inferior al monto máximo que se permite cobrar conforme a las leyes estatales y federales. El Departamento de Finanzas de DFCI determinará el porcentaje actual del AGB, y DFCI comenzará a aplicar ese porcentaje vigente dentro de

los 120 días, contados a partir del fin de cada ejercicio contable. El porcentaje del AGB vigente, así como una descripción escrita de cómo se calculó dicho porcentaje, se pueden obtener por escrito y sin cargo llamando al sector de Servicio al Cliente al 866-408-4669, opción #1 de facturación, o visitando el sitio www.dana-farber.org/PFA.

D. Asistencia financiera directa debido a limitaciones de ingresos

Los pacientes que califican para recibir asistencia financiera directa sobre la base del nivel de ingresos de la familia obtendrán un descuento en sus cargos brutos o en los saldos correspondientes al paciente (es decir, responsabilidad por cargos del propio bolsillo del paciente, que incluyen copagos, coseguros, deducibles) de acuerdo con la siguiente lista:

Ingresos familiares como % de las FPG	Descuento permitido*
Entre 0 y 150%	100%
Entre 151 y 250%	85%
Entre 251 y 300%	70%

*El descuento permitido a los pacientes que cumplen los requisitos para recibir asistencia financiera se ajustará anualmente, siempre que sea necesario, para asegurar que no se les cobre más que el monto que se factura habitualmente a las personas que poseen seguro.

E. Asistencia financiera directa debido a gastos médicos excesivos

Los pacientes con ingresos familiares por encima del 300% de las FPG que puedan demostrar que los gastos médicos totales de su familia (incluidos, entre otros, los gastos correspondientes a DFCI) superan un porcentaje establecido de los ingresos de su familia recibirán un descuento por dificultades económicas. Los gastos deben haber ocurrido dentro de los 12 meses previos y están limitados a aquellos que son necesarios desde el punto de vista médico.

A los pacientes que reúnan los requisitos para obtener este descuento se les hará un descuento en los cargos brutos o los saldos correspondientes al paciente según se detalla a continuación:

Ingresos familiares como % de las FPG	Con facturas médicas que exceden este porcentaje de los ingresos familiares	Descuento permitido*
301% - 600%	30%	70%
Por encima del 600%	40%	70%

*El descuento permitido a los pacientes que cumplen los requisitos para recibir asistencia financiera se ajustará anualmente, siempre que sea necesario, para asegurar que no se les cobre más que el monto que se factura habitualmente a las personas que poseen seguro.

5. CÓMO SOLICITAR LA ASISTENCIA FINANCIERA DE DFCI

Cuando un paciente solicite asistencia financiera, un asesor financiero lo ayudará a completar la Solicitud de asistencia financiera al paciente y la del programa Health Safety Net (incluida una solicitud por dificultades económicas para pagar servicios médicos), según corresponda, y determinará si el paciente cumple los requisitos para recibir asistencia financiera directa, asistencia en virtud de Health Safety Net (incluso por dificultades económicas para pagar servicios médicos) u otro tipo de asistencia. Los representantes de Servicio al Cliente podrían derivar a los pacientes a asesores financieros que los ayuden a completar las solicitudes.

A. Solicitud de asistencia financiera directa al paciente

Para la asistencia financiera directa, en la Solicitud PFA se pedirá información sobre la familia del paciente, su estado de seguro y los ingresos de la familia. No se exige la divulgación de bienes. Se debe presentar constancia de los ingresos de la familia mediante los formularios W-2, información sobre pagos recibidos de un empleador durante un año hasta la fecha, las cartas de adjudicación de asistencia federal o estatal, una declaración de ingresos de un contador u otra documentación de terceros. Se exigirá una constancia de ciudadanía o residencia de EE.UU. (p. ej., tarjeta de residencia válida) y prueba de identidad.

Un asesor financiero comenzará a procesar la solicitud de un paciente cuando esté completa. El asesor financiero cerrará las solicitudes que no se completen dentro de los 14 días y se podrá pedir al paciente que vuelva a presentar la solicitud en una fecha posterior.

B. Cómo solicitar asistencia de Health Safety Net y por dificultades económicas para pagar servicios médicos

Los pacientes que busquen asistencia a través de Health Safety Net pueden presentar una solicitud en línea a través de un sitio web (que se encuentra alojado centralmente en el sitio web de Health Connector del estado y está disponible a través del sitio web de DFCI), una solicitud por escrito, o bien por teléfono con un representante de servicio al cliente que se encuentre en MassHealth o Health Connector. También se puede pedir asistencia a los asesores financieros de DFCI enviando la solicitud a través del sitio web o presentándola por escrito. El formulario de solicitud de Health Safety Net y las instrucciones adjuntas al mismo describen la información y documentación que se le puede pedir que proporcione una persona como parte de la solicitud.

En el caso de los pacientes que busquen recibir asistencia por dificultades económicas para pagar servicios médicos a través de Health Safety Net, DFCI trabajará con el paciente para determinar si sería apropiado un programa como el de asistencia por dificultades económicas para pagar servicios médicos y de ser así, presentar una solicitud por ese motivo a Health Safety Net en nombre del paciente (la solicitud de asistencia por dificultades económicas para pagar servicios médicos debe ser presentada por un proveedor del paciente; no puede presentarla el paciente directamente). El formulario de solicitud de asistencia por dificultades económicas para pagar servicios médicos y las instrucciones adjuntas al mismo describen la información y documentación que se le puede pedir que proporcione una persona como parte de la solicitud. Es obligación del paciente proporcionar toda la información necesaria que solicite DFCI dentro de un plazo apropiado para garantizar que DFCI pueda presentar una solicitud completa. El Instituto debe remitir las solicitudes a Health Safety Net (HSN, por sus siglas en inglés) dentro de los cinco días luego de recibir toda la documentación y las verificaciones del paciente. Si la solicitud completa no se remite dentro de los cinco días hábiles tras recibir toda la información necesaria, no se podrán iniciar acciones de cobranza en contra del paciente con

respecto a las facturas que califiquen para asistencia por dificultades económicas para pagar servicios médicos.

DFCI también puede ayudar a los pacientes a inscribirse en Health Safety Net mediante un proceso de determinación presunta, que proporciona un período limitado de elegibilidad. DFCI considerará que un paciente cumple la definición de paciente de bajos ingresos para Health Safety Net sobre la base de la información financiera avalada por el propio paciente, y que por lo tanto tiene cobertura solamente para servicios de Health Safety Net. La cobertura comenzará en la fecha que DFCI tome esa decisión y regirá hasta el último día del mes siguiente al que se haga la determinación de presunta elegibilidad. Sin embargo, la cobertura por elegibilidad presunta puede concluir antes si el paciente presenta una solicitud completa según se describe anteriormente.

C. Cómo solicitar la participación en programas estatales, federales o del empleador

DFCI está disponible para ayudar a los pacientes a inscribirse en otros programas estatales que brindan cobertura de salud, incluidos MassHealth, el Programa de asistencia para el pago de primas operado por el servicio Health Connector del estado y el Plan de seguridad médica para niños. Para estos programas, los solicitantes pueden presentar una solicitud en línea a través de un sitio web (que se encuentra alojado centralmente en el sitio web del servicio Health Connector del estado), por escrito, o por teléfono con un representante de servicio al cliente de MassHealth o Health Connector. También se puede pedir asistencia a los asesores financieros de DFCI enviando la solicitud a través del sitio web o presentándola por escrito. Una vez recibida la solicitud completa, los asesores financieros:

- 1) determinarán si el paciente ha solicitado que lo acepten en programas de seguro de salud aplicables del estado o federales en los últimos 12 meses y lo han rechazado;
- 2) determinarán si el paciente tiene o cumple los requisitos para tener un seguro comercial a través de su empleador o del empleador de una persona que pueda presentar al paciente como persona a cargo; y
- 3) determinarán que el paciente ha agotado o agotará sus beneficios de atención médica, incluidos los beneficios en virtud de la ley COBRA, y no hay otros beneficios de atención médica disponibles.

D. Determinación de asistencia financiera directa

Una vez que un paciente haya presentado una solicitud de asistencia financiera directa, el asesor financiero establecerá si la solicitud está completa y si el paciente (i) tiene ingresos familiares inferiores o equivalentes al 300% de las FPG o (ii) tiene gastos médicos excesivos según se describe en la sección 4E, más arriba. Si el asesor financiero determina inicialmente que el paciente reúne los requisitos para obtener asistencia financiera directa, notificará al supervisor de asesoramiento financiero, quien tomará una decisión final respecto de la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera directa.

Los asesores financieros les comunicarán por escrito a los pacientes que hayan presentado una solicitud de asistencia financiera: (1) cualquier documentación faltante en la solicitud y (2) si el paciente reúne los requisitos para recibir asistencia financiera o no. Si un paciente no cumple con presentarle la documentación faltante al asesor financiero, éste le comunicará por escrito que su caso se ha cerrado porque su solicitud de asistencia financiera está incompleta.

Luego de la determinación final de que un paciente reúne los requisitos para recibir asistencia financiera, el asesor financiero documentará la cuenta del paciente y cualquier visita afectada.

E. Revisión de elegibilidad

La determinación de que un paciente reúne los requisitos para recibir asistencia financiera es válida por 6 meses. Los pacientes que requieran asistencia financiera directa después de transcurridos los 6 meses deberán volver a presentar una solicitud. Los pacientes cuya cobertura de seguros se reinicie el 1 de enero del siguiente año calendario (debido a límites de beneficios anuales) tendrán que volver a presentar una solicitud de asistencia cuando los beneficios se agoten nuevamente.

La determinación de que un paciente reúne los requisitos para recibir la mayor parte de la asistencia a través de Health Safety Net tiene vigencia por un año como máximo, pero está sujeta a una evaluación periódica para determinar si ha habido cambios en los ingresos o seguros pertinentes.

F. Responsabilidad del paciente de reportar actualizaciones y cambios

Los pacientes tienen la obligación de informar a DFCI cualquier cambio en su seguro o situación financiera que pudiese afectar su elegibilidad para recibir asistencia financiera. Los pacientes cuya cobertura de seguro se reinicie el 1 de enero del siguiente año calendario (debido a límites de beneficios anuales) tendrán que informar a DFCI acerca del reinicio de la cobertura de seguro.

6. PACIENTES QUE SOLICITAN O NECESITAN ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

DFCI no cuenta con un Departamento de Emergencias ni tiene la capacidad para tratar la mayoría de las afecciones médicas de emergencia. Los pacientes que se presentan en DFCI con una necesidad de atención de emergencia por lo general son enviados al Departamento de Emergencias del hospital de casos agudos más cercano, aunque en cumplimiento con las leyes federales, DFCI brindará la atención que tiene la obligación de proporcionar para afecciones médicas de emergencia conforme al Subcapítulo G del Capítulo IV del Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (o cualquier normativa posterior que la reemplace). La Ley de tratamiento de emergencias médicas y trabajo de parto (EMTALA, por sus siglas en inglés) exige que DFCI proporcione exámenes de evaluación médica y tratamiento para afecciones médicas de emergencia independientemente del estado de seguro del paciente, su capacidad de pago o su elegibilidad en virtud de esta política. No se solicitará información financiera a los pacientes que presenten una afección médica de emergencia hasta que dicha afección se haya estabilizado. Asimismo, DFCI no tomará medidas que desalienten a los pacientes a buscar atención médica de emergencia, las cuales incluyen, entre otras, permitir que se lleven a cabo actividades de cobranza de deudas que interfieran con la prestación de atención médica de emergencia.

7. PRÁCTICAS DE FACTURACIÓN Y COBRANZA DEL INSTITUTO

El Instituto cuenta con un proceso uniforme y sistemático para el envío y la cobranza de reclamos enviados a los pacientes, independientemente de su estado de seguro o capacidad de pago. Las medidas que DFCI puede tomar en caso de falta de pago se describen en la política de crédito y cobranza separada de DFCI. El público puede obtener una copia gratis de la política de crédito y cobranza en www.dana-farber.org/PFA o contactando a los asesores financieros según se describe en la Sección 8.

8. INFORMACIÓN O ASISTENCIA ADICIONALES

Para obtener más información sobre el Programa de asistencia financiera al paciente de Dana-Farber (que incluye asistencia financiera directa y asistencia a través de Health Safety Net) o recibir ayuda con los procesos de solicitud, los pacientes deberán comunicarse con nuestros asesores financieros. Es posible comunicarse con los asesores financieros los días de semana, de 8 a.m. a 6 p.m., llamando al 617-632-3455 o visitándolos personalmente en:

Dana-Farber Cancer Institute
Registro Central (segundo piso)
450 Brookline Ave.
Boston, MA 02215

Se ofrecen copias de la política de asistencia financiera al paciente de Dana-Farber y de los documentos relacionados sin cargo, tanto en inglés como en español, en el sitio web www.dana-farber.org/PFA. Los pacientes también pueden solicitar una copia impresa de cualquiera de estos documentos sin cargo llamando a un asesor financiero al 617-632-3455.

Referencias

Carta de Tommy Thompson, Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, a Richard Davidson, Presidente de la American Hospital Association (Asociación Americana de Hospitales) (19 de febrero de 2004).

Documento de referencia de la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos: Hospital Discounts Offered to Patients Who Cannot Afford to Pay their Hospital Bills (2 de febrero de 2004).

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, Questions on Charges for the Uninsured (17 de febrero de 2004).

26 U.S.C. 501(r) en virtud de la adición del Artículo 9007 de la Ley de protección al paciente y atención asequible, Ley pública 111-148 (124 Stat. 119) (2010).

Departamento del Tesoro de Estados Unidos, Reglamentación final del Tesoro, Artículo 1.501(r), Requisitos adicionales para hospitales benéficos (29 de diciembre de 2014).

Servicio de Rentas Internas, Notificación 2015-46, Aclaraciones sobre el requisito establecido en las reglamentaciones del Tesoro en el Artículo 501(r)(4) que exige la inclusión de una lista de proveedores en la política de asistencia financiera de un hospital.

Nombre de la política:	Política de asistencia financiera al paciente
Número de política:	9.10
Depto./cargo de la persona de contacto:	Vicepresidente de Finanzas
Patrocinador:	Melissa Shore, Vicepresidente
Experto en contenido:	
Aprobado por:	Aprobado: Comité Ejecutivo del Consejo de Administración, 9/2016 Finanzas, 7/2014, 9/2016, 5/2017, 10/2018, 6/2019, 12/2019 Michael Reney, 9/2016, 5/2017, 10/2018, 6/2019, 12/2019 Revisado: Finanzas, 9/2016, 5/2017, 10/2018, 6/2019, 12/2019 Revisado: Equipo de revisión de políticas 7/2014, 9/2016, 6/2019

Solicitud de asistencia financiera

Dana-Farber Cancer Institute

Información del paciente y su familia (use el reverso de este formulario si necesita más espacio para completar)

Fecha de hoy: _____

Tenga en cuenta que el descuento aprobado se aplicará a todas las obligaciones financieras de los pacientes elegibles para el programa PFA y será válido para un período de 90 días antes de la fecha de la solicitud.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Número de teléfono: _____

Número de teléfono alternativo: _____

Parte(s) responsable(s) desde el punto de vista financiero: _____

Relación de la(s) parte(s) responsable(s) desde el punto de vista financiero con el paciente:

- | | | |
|--------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Paciente | <input type="checkbox"/> Padre o madre | <input type="checkbox"/> Cónyuge |
| <input type="checkbox"/> Hijo adulto | <input type="checkbox"/> Hermano o hermana | <input type="checkbox"/> Otro |

¿El paciente contaba con seguro médico en el momento en que se proporcionaron los servicios? Sí No
Si la respuesta es “sí”, adjunte una copia de la tarjeta del seguro (frente y dorso) y complete la siguiente información:

Nombre de la compañía de seguros: _____

Número de póliza: _____

Número de grupo: _____

Nombre del suscriptor: _____

¿Ha solicitado asistencia de un programa federal o estatal en los últimos 12 meses? Sí No

Si contestó que no, le recomendamos que hable con un asesor financiero de DFCI antes de presentar una solicitud.

Si la respuesta es “sí”, ¿le aprobaron o le denegaron la asistencia? Si le denegaron la asistencia, proporcione una copia de la carta de denegación (indique el motivo de la denegación):

Indique todos los miembros de su familia, incluido el paciente, cónyuge, padres, hijos y hermanos, que viven en el hogar del paciente:

Nombre del miembro de la familia	Edad	Relación con el paciente
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

Ingresos: Indique todos los ingresos de las partes responsables, incluidos salario bruto (antes de impuestos), ingresos por arrendamiento, por desempleo, beneficios de la Seguridad Social, ingresos por pensión, manutención de niños, pensión alimenticia, etc.:

Nombre del miembro de la familia	Fuente de ingresos o empleador	Monto y frecuencia de los ingresos
1.		
2.		
3.		
4.		

Otras partes responsables: Indique si hay alguna otra persona que no haya mencionado antes que sea legalmente responsable por el pago de los gastos médicos del paciente, por ejemplo, un tutor.

- Sí, hay otra persona legalmente responsable por los gastos médicos del paciente.
- No, no hay otra persona legalmente responsable por los gastos médicos del paciente. Si la respuesta es “sí”, complete la siguiente sección:

Nombre	Dirección	Rol o relación

Gastos médicos:

Complete esta sección solamente si los ingresos de su hogar superan el 300% de las pautas federales de pobreza.

Para calificar a fin de obtener asistencia financiera debido a un exceso de gastos médicos, los ingresos de su familia deben superar el 300% de las pautas federales de pobreza de los EE. UU. y debe proporcionar copias de las facturas médicas de hospitales, médicos y otros profesionales médicos relacionados que no sean de Dana-Farber donde conste el monto que tiene la responsabilidad de pagar. Los cargos de Dana-Farber se incluirán en el cálculo de sus gastos médicos totales, pero no es necesario que haga una lista de los mismos. Solamente incluya los gastos médicos en los que haya incurrido en los últimos 12 meses.

Gastos médicos	Costo	Frecuencia: semanal, mensual, anual
Prima del seguro médico		
Facturas del hospital		
Facturas de médicos		
Otro		
Otro		
Otro		

Certificación: Al firmar a continuación, certifico que he leído esta solicitud detenidamente y que todo lo que he declarado y la documentación adjunta son verdaderos y correctos a mi leal saber y entender. La parte responsable reconoce que tiene la obligación de informar cualquier cambio en su situación de seguro a Dana-Farber Cancer Institute.

Nombre en imprenta de la(s) parte(s) responsable(s)

Firma de la(s) parte(s) responsable(s)

Fecha

PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE – NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

Patient MRN#:

Check all that apply:

Meets low income guidelines Uninsured Underinsured Actively insured

Total Annual Family Income	# of Family Members	Eligible Discount

Excessive Medical Expenses

Financial Assistance Application approved? Yes No

Date application reviewed: _____

Reason denied: _____

Reviewer/Signature of Financial Counselor

Date: _____

Approval/Signature of Financial Counseling Supervisor

Date: _____

Resumen en lenguaje sencillo

Notificación a los pacientes del Dana-Farber Cancer Institute: Disponibilidad de asesoramiento financiero, planes de pago y asistencia financiera

Dana-Farber Cancer Institute tiene el compromiso de brindar atención oncológica de alta calidad a todos los pacientes, incluidos aquellos de bajos ingresos o indigentes. Trabajamos para brindar a los pacientes necesitados asesoramiento financiero, planes de pago y asistencia financiera. Algunos de los programas para los que usted podría calificar incluyen:

- **Descuentos para pacientes de bajos ingresos sin seguro** o por servicios necesarios desde el punto de vista médico, no cubiertos por el seguro.
- **Descuentos por dificultades económicas** para pacientes con gastos médicos excesivos.
- Asistencia dentro de la **Red de Seguridad de Salud de Massachusetts (Massachusetts Health Safety Net)** y por motivos de dificultades económicas para afrontar gastos médicos.
- **Planes de pagos** para pacientes que necesitan pagar las facturas en cuotas.
- **Servicios de orientación financiera**, que incluyen intentar ayudar a los pacientes a encontrar un programa federal, estatal o privado que los ayude con sus facturas médicas.

En virtud del programa de asistencia financiera directa al paciente de Dana-Farber, los pacientes pueden calificar para que se los exima de la obligación de pago de los servicios necesarios desde el punto de vista médico sobre la base de los ingresos familiares:

- **Si los ingresos de su núcleo familiar están por debajo del 150% del nivel de pobreza federal**, usted podría calificar para que se lo exima totalmente de sus obligaciones financieras como paciente.
- **Si los ingresos de su núcleo familiar están entre el 150% y el 300% del nivel de pobreza federal**, podría calificar para obtener un descuento del 70% al 85% en sus obligaciones financieras como paciente.
- **Si los ingresos de su núcleo familiar son superiores al 300% del nivel de pobreza federal, pero sus gastos médicos totales exceden al menos el 30% de los ingresos de su núcleo familiar**, usted podría calificar para recibir un descuento del 70% en sus obligaciones financieras como paciente.

A los pacientes que califican para el Programa de asistencia financiera al paciente de Dana-Farber no se les cobrará más por la atención necesaria desde el punto de vista médico de lo que se cobra generalmente a otros pacientes y sus aseguradoras.

Podemos ayudarle a completar solicitudes sencillas para pedir asistencia financiera directa o de la Red de Seguridad de Salud (Health Safety Net). Si cree que podría tener dificultades para pagar sus facturas médicas o quiere saber más sobre nuestro programa de asistencia financiera al paciente, llame a nuestros asesores financieros al 617-632-3455 los días de semana, de 8 a.m. a 6 p.m. O bien visite a un asesor financiero en persona en la siguiente dirección:

Dana-Farber Cancer Institute
Registro Central (segundo piso)
450 Brookline Ave.
Boston, MA 02215

Puede obtener copias sin cargo de este resumen, de la política completa de asistencia financiera al paciente de Dana-Farber y de la correspondiente solicitud, tanto en inglés como en español, en el sitio web **www.dana-farber.org/PFA**. También puede solicitar una copia impresa de estos documentos llamando al asesor financiero de Dana-Farber al 617-632-3455.

Dana-Farber Cancer Institute
Política de asistencia financiera al paciente
Resumen de servicios cubiertos y no cubiertos

Servicios cubiertos

El programa de asistencia financiera para pacientes del Dana-Farber cubre servicios proporcionados por empleados del Dana-Farber los cuales son facturados por el Instituto. Esto incluye los servicios que el Dana-Farber ofrece a sus pacientes tanto en lugares de atención ambulatoria como en hospitales. Asimismo los siguientes servicios, que podrían ser ofrecidos por otras entidades, también podrían ser facturados por profesionales de la salud de Dana-Farber y cubiertos de acuerdo a las normas de asistencia financiera para pacientes del Dana-Farber:

Pacientes adultos

- Hemoderivados
- Prueba del antígeno leucocitario humano
- Visitas multidisciplinarias (incluyen oncología radioterápica y oncología quirúrgica)
- Visitas y procedimientos en consultorios de las siguientes especialidades: alergia, anestesiología, hematología benigna, cardiología, odontología, dermatología, endocrinología, gastroenterología, genética, geriatría, ginecología, enfermedades infecciosas, medicina interna, nefrología, cuidados paliativos y para el dolor, pulmonología.
- Servicios de laboratorios de referencia externos*

Pacientes pediátricos

- Hemoderivados
- Prueba del antígeno leucocitario humano
- Visitas multidisciplinarias (incluyen oncología radioterápica y oncología quirúrgica)
- Servicios profesionales para insuficiencia medular
- Visitas y procedimientos en consultorios de las siguientes especialidades: dermatología, endocrinología – a partir de noviembre de 2016–, neurología, neurocirugía, nutrición, ortopedia, urología.
- Servicios de laboratorios de referencia externos*

*Los servicios de laboratorios de referencia externos de los siguientes laboratorios están cubiertos por la política cuando se envían a través del Control de Laboratorio de Dana-Farber:

- Adaptive Biotechnologies
- Ambry Genetics
- Associated Regional & University Pathologists (ARUP) Inc.
- Athena Diagnostics Inc.
- Blueprint Genetics
- Boston Medical Center
- Brigham and Women’s Hospital:
 - Clinical Laboratories, Surgical Pathology, Cytogenetics Laboratories, Cytology Laboratories, Molecular Diagnostics Laboratories, Transfusion/Blood Bank
- Cincinnati Children’s Hospital Medical Center
- Foundation Medicine
- GeneDx Inc.

- Guardant Health
- Hematologics Inc.
- Invitae
- Karius, Inc.
- Laboratory Corporation of America
 - Esoterix Inc.
 - Integrated Oncology
- Mass General Hospital
- Mayo Clinic Labs
- Mayo Clinic, Department of Laboratory Medicine and Pathology
- Mira Vista Diagnostic
- Myriad Genetic Labs
- Naveris
- Natera
- NeoGenomics
- Oxford Immunotec Inc.
- Prevention Genetics
- Prometheus Laboratories Inc.
- Quest Diagnostics, Clinical Trials
- Quest Diagnostics, New Jersey
- Quest Diagnostics, New England
- Quest Diagnostics, Nichols Institute
- Repeat Diagnostics Inc.
- Rhode Island Blood Center
- University of Washington Molecular Virology Lab
- Versitit (formerly Blood Center of Wisconsin)
- Viracor Eurofins

Servicios no cubiertos

No todos los servicios realizados o extraídos en sedes de DFCI están contemplados en la política de asistencia financiera al paciente de DFCI. Los siguientes servicios son brindados y facturados por otros establecimientos o grupos de proveedores y no están cubiertos por la política de asistencia financiera al paciente de DFCI:

- Psiquiatría
- Interpretación profesional de estudios de imagenología
- Interpretación profesional de patología
- Servicios de un médico profesional u otro profesional de la salud para procedimientos de oncología radioterápica en adultos
- Servicios de un médico profesional u otro profesional de la salud para procedimientos de oncología quirúrgica en adultos
- Servicios de un médico profesional u otro profesional de la salud para anestesia pediátrica
- Servicios de un médico profesional u otro profesional de la salud para interpretaciones cardiológicas de ECG en pacientes pediátricos
- Servicios de laboratorios de referencia externos , entre ellos, Clinical Onco Panel y Rapid Heme Panel
- Análisis de laboratorio con extracciones realizadas en Centros Satélites: St. Elizabeth's Medical Center, Milford Regional Medical Center, South Shore Hospital y New Hampshire Oncology-Hematology
- Scalp Cooling

Para obtener más información sobre los servicios cubiertos por la política de asistencia financiera al paciente de Dana-Farber, llame a nuestros asesores financieros los días de semana, de 8 a.m. a 6 p.m. al 617-632-3455, o visite a un asesor financiero personalmente en:

Dana-Farber Cancer Institute
Registro Central (segundo piso)
450 Brookline Ave.
Boston, MA 02215