



## **POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA** **Actualizada al 1 de enero de 2025**

**Propósito:** Hartford HealthCare (HHC) está comprometido con proveer el cuidado más seguro, compasivo y coordinado a los pacientes, independientemente de su capacidad de pagar. Esta política fija los criterios para proveer servicios de cuidado de la salud gratuitos o con descuentos a pacientes necesitados. Esta Política describe:

- Los criterios de elegibilidad para el cuidado gratuito o con descuentos, incluyendo cómo se aplica la ayuda a los saldos de los pacientes y el enfoque del hospital hacia las decisiones de elegibilidad presunta
- El método para solicitar asistencia financiera
- Cómo se calculan los cargos de los pacientes
- Acciones de cobro que podrán ser iniciadas por la falta de pago de facturas de Hartford HealthCare
- Cómo Hartford HealthCare avisa a los pacientes de la asistencia financiera
- Proveedores cubiertos y no cubiertos
- Relación con fondos del hospital donados

La intención de esta política es cumplir con la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas y los requisitos de facturación y cobranza descritos en el Capítulo 368z de los Estatutos Generales de Connecticut y con toda reglamentación promulgada en virtud de ellos, y deberá ser interpretada y aplicada de acuerdo con esas leyes y regulaciones. Esta política y sus enmiendas serán adoptadas por el órgano rector de Hartford HealthCare en favor de sus afiliados.

**Alcance:** Esta política se aplica a Servicios de Cuidado de la Salud (según lo definido en la sección de definiciones de esta política), incluyendo emergencias y otro cuidado médicamente necesarios provistos por una entidad de Hartford HealthCare según se indica en el Apéndice D.

**Exclusiones:** Esta política no se aplica a:

1. Servicios que no son médicamente necesarios, tales como cirugía plástica u otros servicios electivos; o
2. Servicios proporcionados por un proveedor identificado como no cubierto en el Apéndice C de esta política.

## **Definiciones:**

“*Criterios de elegibilidad*” significa los criterios estipulados en esta política para determinar si un paciente califica para asistencia financiera para servicios de cuidado de la salud.

“*EMTALA*” significa la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto, 42 USC 1395dd.

“*Acción de Cobro Extraordinaria (ECA, por sus siglas en inglés)*” significa una acción de cobro que requiere un proceso legal o judicial e incluye 1) vender una deuda a otra parte, 2) trabar un embargo; 3) ejecutar una hipoteca sobre un bien inmueble; 4) embargar o incautar cuentas bancarias u otra propiedad personal; 5) comenzar una demanda civil contra una persona; 6) tomar medidas que producen el arresto de una persona; 7) tomar medidas que hacen que una persona esté sujeta a una orden de arresto; y 8) embargo de salario.

“*Familia*” significa un grupo de dos más personas que viven juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio, unión civil o adopción, que se ajusta a la definición del U.S. Census Bureau. Para los propósitos de esta política, si el paciente indica que una persona es un dependiente en la declaración del impuesto sobre la renta, esa persona puede ser considerada como un dependiente para los propósitos de la provisión de asistencia financiera.

“*Ingresos familiares*” significa los siguientes ingresos al calcular las Normas Federales de Nivel de Pobreza de los activos líquidos: ganancias, compensación por desempleo, compensación laboral, Seguridad Social, Seguro Social Suplementario, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios de sobreviviente, ingresos por pensión o jubilación, intereses, dividendos, rentas, ingresos por negocios, regalías, ingresos de herencias, fideicomisos, ayuda educativa, pensión alimenticia, sustento de menores, ayuda de afuera del hogar y otras fuentes misceláneas de ingresos.

“*Normas Federales de Nivel de Pobreza*” significa las normas federales de nivel de pobreza fijadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos vigentes a la fecha de la provisión del servicio de cuidado de la salud para asignaciones de asistencia financiera bajo esta política.

“*Asistencia financiera*” significa servicios de cuidado de la salud gratuitos o con descuentos para pacientes que cumplen con los criterios de elegibilidad y no pueden pagar la totalidad o parte de su cuidado. La asistencia financiera puede consistir en servicios gratuitos o con descuentos. Independientemente de cualquier disposición contraria contenida en la presente Política de Asistencia Financiera, todos los descuentos, deducciones y reducciones de los gastos brutos del paciente o de las tarifas completas establecidas por la organización podrán considerarse Asistencia Financiera con respecto a aquellos pacientes que sean elegibles para recibir asistencia financiera.

*“Fondos del Hospital Donados”* se refiere a dinero donado generosamente a Hartford HealthCare con el propósito de proveer cuidado para pacientes que podrían no estar en condiciones de pagarlo.

*“Servicios de Cuidado de la Salud”* significa (i) servicios médicos de emergencia según la definición de EMTALA; (ii) servicios para una condición que, si no es tratada rápidamente, producirá un cambio adverso en el estado de salud de la persona; (iii) servicios no electivos provistos en respuesta a circunstancias con peligro de muerte en un entorno distinto a un departamento de emergencia; y (iv) servicios médicamente necesarios según lo determine HHC en un sistema de caso por caso a la discreción del proveedor.

*“Activos líquidos”* se refiere a la facilidad con que un activo puede ser intercambiado por dinero en efectivo con poca anticipación y si perder valor. Artículos como dinero en efectivo, oro o valores negociables son ejemplos. A la inversa, ejemplos de activos no líquidos son propiedades inmobiliarias (tierras y viviendas) y automóviles.

*“Médicamente indigente”* significa una persona que Hartford HealthCare ha determinado que no puede pagar parte o todas sus facturas médicas porque las facturas médicas exceden cierto porcentaje de los ingresos familiares o los bienes familiares de la persona, aun cuando pueda tener ingresos o bienes que de otra forma exceden los criterios de elegibilidad generalmente aplicables para el cuidado gratuito o rebajado bajo la política. Consultar el Apéndice A.

*“Paciente”* significa una persona que recibe o está inscrita para recibir tratamiento médico o, en el contexto de la política, se refiera a la persona responsable del pago.

*“No asegurado”* significa un paciente que no tienen ningún nivel de apoyo de un seguro o de terceros para ayudarlo a cumplir con sus obligaciones de pago para los servicios de cuidado de la salud, y no está cubierto por Medicare, Medicaid, Tricare o cualquier otro programa de seguro de salud de ningún país, estado, territorio o mancomunidad, o bajo ningún otro seguro de salud o de accidente o programa de beneficios gubernamental o patrocinado privadamente, incluidos, entre otros, compensación y asignaciones para trabajadores, acuerdos o juicios producto de reclamos, demandas o procedimientos que involucran accidentes automovilísticos o supuesta negligencia.

*“Subasegurado”* significa que el paciente tiene algún nivel de ayuda de un seguro o tercero, pero aún tiene gastos de bolsillo por servicios de cuidado de la salud, como planes de deducibles altos que superan el nivel de recursos financieros del paciente.

**Política:** Hartford HealthCare está comprometido con proveer el cuidado más seguro, compasivo y coordinado a los pacientes, independientemente de su capacidad de pagar. En tal carácter, Hartford HealthCare cumple con todas las leyes relacionadas con tratamientos de emergencia y prohíbe cualquier acción que podría desalentar a las personas para buscar cuidado médico de emergencia, como exigir que los pacientes del Departamento de Emergencias paguen antes de recibir tratamiento para condiciones médicas de emergencia.

Nada en esta Política será considerado como que limita las obligaciones del Hospital bajo EMTALA de tratar a pacientes con condiciones médicas de emergencia.

## **I. Determinación de la elegibilidad.**

Al determinar la elegibilidad para Asistencia financiera, es importante que tanto Hartford HealthCare como el paciente trabajen de manera colaborativa.

1. **Elegibilidad para Asistencia financiera.** Los pacientes que no están asegurados o están subasegurados, no son elegibles para cualquier programa de beneficios gubernamental para el cuidado de la salud y no pueden pagar sus servicios de cuidado de la salud podrán ser elegibles para asistencia financiera. Se podrá dar consideración para asistencia financiera también para pacientes que no cumplen con los criterios, pero que son médicamente indigentes en el sentido en que las facturas médicas superan cierto porcentaje de los ingresos o activos de la familia.

Las decisiones acerca de asistencia financiera se hacen caso por caso y solo toman en cuenta las necesidades financieras. Las decisiones nunca toman en cuenta la edad, el género, la raza, el color, el origen nacional, el estado civil, la condición social o de inmigrante, la orientación sexual o la afiliación religiosa. La Solicitud de Asistencia financiera describe los documentos requeridos para verificar el tamaño y los ingresos de la familia, y otros activos líquidos de que pueda disponer el paciente, así como los activos necesarios para la vida diaria del paciente, así como los demás pasivos y gastos del paciente y de su grupo familiar.

Además, para ser elegible para asistencia financiera, una persona deberá cooperar con Hartford HealthCare, brindar la información y documentación solicitada de manera oportuna, completar la solicitud requerida de manera veraz, y notificar a Hartford HealthCare rápidamente acerca de cualquier cambio en su situación financiera, de manera que Hartford HealthCare pueda evaluar el impacto del cambio en la elegibilidad de la persona para asistencia financiera.

2. **¿Cómo se determina la elegibilidad?** Los pacientes deberán completar una solicitud y proveer otra información y documentación financiera pertinente a la toma de decisión de elegibilidad financiera. Al revisar las solicitudes, Hartford HealthCare podrá:
  - Revisar información públicamente disponible para verificar los recursos financieros del paciente o del garante potencial;
  - Buscar fuentes de pago alternativos de programas de pagos de beneficios públicos y privados; y
  - Revisar el historial de pagos del paciente.

3. **Procesamiento de las solicitudes.** Hartford HealthCare hará lo máximo posible para procesar las solicitudes de asistencia financiera de manera oportuna. Durante el proceso de determinación de elegibilidad, Hartford HealthCare tratará en todo momento al paciente o su representante autorizado con dignidad y respeto.
4. **Normas para la Asistencia financiera.** Los criterios de elegibilidad para la asistencia financiera podrán incluir:
  - Tamaño de la familia, determinado por la cantidad de dependientes que viven en el hogar;
  - Activos líquidos y no líquidos (ej: dinero en efectivo, cuentas de banco, saldo del préstamo sobre el valor neto de la vivienda);
  - Condición de empleo;
  - Obligaciones financieras;
  - Cantidad y frecuencia de los gastos de cuidado de la salud; y
  - Otros recursos financieros disponibles para el paciente.

La información recopilada será usada para corroborar la información generada por un software analítico predictivo que se usa para tomar una determinación de asistencia financiera. Los porcentajes de descuentos que son otorgados se encuentran en el Apéndice A de esta política, que es actualizada anualmente. En particular, la elegibilidad para asistencia financiera será determinada de acuerdo con las siguientes directrices:

(a) ***Pacientes No Asegurados:***

La asistencia financiera bajo esta política garantiza que a los pacientes no asegurados que sean elegibles para asistencia financiera no se les cobrará más que la cantidad facturada generalmente a personas que tienen un seguro que cubre dicho cuidado, usando la metodología de “mirar atrás” descrita en esta política y también en el Apéndice A de la Política de Asistencia financiera. Si se necesita más asistencia para cumplir con la obligación financiera restante, el paciente seguirá las pautas establecidas tal como se definen en esta política en la Sección II. Cómo solicitarla.

Si los activos del paciente (por ejemplo, dinero en efectivo, cuentas bancarias, saldo del préstamo sobre el valor neto de la vivienda), según la documentación aportada por el paciente, son insuficientes para que el paciente tenga una capacidad significativa para pagar sus facturas médicas (después de tener en cuenta los activos necesarios para la vida diaria del paciente, así como las demás obligaciones y gastos del paciente y de su

grupo familiar), se aplicarán los umbrales de ingresos familiares de los apartados (i) y (ii) inmediatamente siguientes.

- (i) Si se verifica que los ingresos familiares no superan 250% de las Normas Federales de Nivel de Pobreza, el paciente calificará para un descuento de 100% contra el saldo de la cuenta del paciente.
- (ii) Si se verifica que los ingresos familiares entre 250% y 550% de las Normas Federales de Nivel de Pobreza, el paciente calificará para un descuento de 15-75% contra el saldo de la cuenta del paciente.
- (iii) Un paciente podrá calificar también para Fondos del Hospital Donados de acuerdo con los criterios del hospital. Puede obtenerse información del programa de fondos del hospital donados llamando al departamento de Servicios Financieros para Clientes al 860-696-6010.
- (iv) Cuando se otorga asistencia financiera que no cubre 100% de los cargos para el servicio, a los pacientes elegibles para asistencia financiera bajo esta política no se les cobrará más que la cantidad facturada generalmente a personas que tienen un seguro que cubre dicho cuidado, usando la metodología de “mirar atrás”, según lo definido por regulaciones del impuesto a la renta.
- (v) Hay planes de pago disponibles.
- (vi) Se emitirán reembolsos para todo pago de \$0.01 o más que supere la responsabilidad personal del Paciente.

(b) ***Pacientes Subasegurados:***

El coseguro, los deducibles, el copago y los montos de los cargos no cubiertos relacionados con los saldos de los pacientes asegurados después de que se hayan aplicado los beneficios del seguro pueden ser considerados para la asistencia financiera (es decir, los planes de salud con deducibles altos). Además, los pacientes con cobertura de una entidad que no tiene una relación contractual con HHC también se pueden considerar subasegurados y elegibles para la asistencia financiera después de que se hayan aplicado los beneficios del seguro.

Si los activos del paciente (por ejemplo, dinero en efectivo, cuentas bancarias, saldo del préstamo sobre el valor neto de la vivienda), según la documentación aportada por el paciente, son insuficientes para que el paciente tenga una capacidad significativa para pagar sus facturas médicas (después de tener en cuenta los activos necesarios para la vida diaria del paciente, así como las demás obligaciones y gastos del paciente y de su

grupo familiar), se aplicarán los umbrales de ingresos familiares de los apartados (i) y (ii) inmediatamente siguientes.

- (i) Si se verifica que los ingresos familiares no superan 250% de las Normas Federales de Nivel de Pobreza, el paciente calificará para un descuento de 100% contra el saldo del paciente luego de aplicar los pagos de pagadores de seguros o terceros.
- (ii) Si se verifica que los ingresos familiares están entre 250% y 550% de las Normas Federales de Nivel de Pobreza, el paciente calificará para un descuento de 15-75% contra el saldo de la cuenta del paciente después de aplicar pagos de pagadores de seguros o terceros.

Cuando se otorga asistencia financiera que no cubre 100% de los cargos para el servicio, a los pacientes elegibles para asistencia financiera bajo esta política no se les cobrará más que la cantidad facturada generalmente usando la metodología de “mirar atrás”, según lo definido por regulaciones del impuesto a la renta.

- (iii) Un paciente podrá calificar también para Fondos del Hospital Donados de acuerdo con los criterios del hospital. Puede obtenerse información del programa de fondos del hospital donados llamando al departamento de Servicios Financieros para Clientes al 860-696-6010.
  - (v) Hay planes de pago disponibles.
  - (vi) Se emitirán reembolsos para todo pago de \$0.01 o más que supere la responsabilidad personal del Paciente.
- (c) ***Médicamente Indigente:***

Un paciente médicamente indigente que busque asistencia financiera bajo esta política tal vez deba presentar una solicitud de asistencia financiera junto con otra documentación de apoyo, como facturas médicas, facturas de medicamentos y dispositivos médicos y demás evidencia relacionada con facturas médicas elevadas no exclusivas de Hartford HealthCare. Este descuento será considerado después de haber considerado y aplicado otros descuentos, incluyendo aquellos para personas no aseguradas o subaseguradas y el paciente aún no puede pagar.

Se puede otorgar asistencia financiera a pacientes que son beneficiarios de Medicaid u otros programas de cuidados para indigentes, en las siguientes circunstancias:

- (i) Cargos por servicios no cubiertos proporcionados a pacientes que son beneficiarios de Medicaid u otros programas de cuidados para indigentes.
- (ii) Cargos por pacientes que son beneficiarios de Medicaid u otros programas de cuidados para indigentes que han superado un límite de duración de la estadía.
- (iii) Cargos por pacientes que son beneficiarios de Medicare con Medicaid u otro seguro secundario (incluido Medicare Advantage y secundario comercial) y cuyos beneficios se han agotado de tal manera que el paciente sería responsable de los cargos del saldo restante.

Hartford HealthCare puede requerir que un paciente que es beneficiario de Medicaid u otro programa de cuidado para indigentes presente una solicitud de asistencia financiera para confirmar su elegibilidad.

***(d) Elegibilidad Presunta:***

*No se podrá suponer que los pacientes son elegibles para cuidado 100% gratuito* (siempre que haya evidencia) sin que haya necesidad adicional de completar una solicitud de asistencia financiera si cumple con cualquiera de los siguientes criterios o criterios similares determinados por Hartford HealthCare.

- (i) Está inscripto en un programa de recetas financiado por el estado
- (ii) Es elegible o está inscripto en un programa de servicios de salud o humanos administrado por el estado (p. ej., Medicaid, Husky, etc.).
- (iii) Participa en programas de Mujeres, Infantes y Niños
- (iv) Es elegible para cupones para alimentos (SNAP)
- (v) Es elegible para almuerzo escolar subsidiado
- (vi) Es elegible para vivienda subsidiada u otra ayuda pública
- (vii) Se confirma que no tiene hogar
- (viii) Tiene ingresos verificados por un programa estándar de la industria electrónica no superior a 250% del Nivel de Pobreza Federal
- (ix) Ha fallecido y no tiene patrimonio, o tiene un patrimonio para el que no se ha designado un apoderado



## II. Cómo hacer la solicitud:

### 1. Consiga una solicitud de Asistencia financiera. Está disponible:

- **En línea**, en [www.HartfordHealthCare.org](http://www.HartfordHealthCare.org) y en el sitio web de cada hospital de Hartford HealthCare.
- **En persona**, en cualquier área de admisión o inscripción de pacientes de hospital de Hartford HealthCare (ver Apéndice B). Habrá señales e información escrita acerca de la asistencia financiera disponibles en los departamentos de emergencias y las áreas de inscripción de pacientes de los hospitales.
- **Por e-mail**, llamando y solicitando una copia gratuita del Departamento de Servicios Financieros para Clientes al 860.696.6010.

Se proveerá una lista de los documentos requeridos junto con la solicitud.

Los pacientes podrán solicitar asistencia financiera en cualquier momento o dentro de los 240 días posteriores a cuando Hartford HealthCare emita su primera declaración de autopago posterior al servicio, o en cualquier momento en el ciclo de cobro de HHC. Las solicitudes deberán estar acompañadas por todos los documentos requeridos para verificar la elegibilidad.

Las Solicitudes de Asistencia financiera aprobadas serán válidas durante seis meses a partir de la fecha en que Hartford HealthCare toma su determinación de elegibilidad.

2. **Solicitudes incompletas:** Si Hartford HealthCare recibe un formulario de solicitud incompleto, proveerá al paciente (o su representante legal) una lista de la información o documentación faltantes, y dará al paciente 30 días para proveer la información faltante. Se suspenderán las actividades de cobro, incluidas cualquier Actividad de Cobro Extraordinaria (ECA), si corresponde, durante este período de 30 días. Si el paciente no provee la información faltante dentro de este período, Hartford HealthCare podrá proveer una notificación escrita y comenzar actividades de cobro, incluidas las ECA.
3. **Solicitudes completas:** Si Hartford HealthCare recibe un formulario de solicitud completo, tomará y documentará las determinaciones de elegibilidad de manera oportuna. Si se considera que una solicitud está completa, Hartford HealthCare proveerá al paciente o a su representante legal una determinación escrita de elegibilidad financiera dentro de quince (15) días hábiles. Las decisiones de Hartford HealthCare de que el paciente no califica para asistencia financiera podrán ser apeladas por el paciente o su representante legal dentro de catorce (14) días calendario de la fecha de la determinación escrita. Si el paciente o su representante legal apela la determinación, el Gerente de autopago (o su designado) revisará la

determinación junto con cualquier nueva información y tomará una decisión final dentro de quince (15) días hábiles. Durante este período de revisión y decisión, Hartford HealthCare suspenderá cualquier actividad de cobro, incluida la Actividad de Cobro Extraordinaria, si corresponde. Si no se aprueba la asistencia financiera, Hartford HealthCare reanudará sus actividades de cobro (incluidas las ECA si corresponde) después de los 14 días calendario otorgados para la apelación.

### **III. Cálculo de las cantidades cobradas a los pacientes**

A los pacientes elegibles para asistencia financiera no se les cobrará más para cuidado de emergencia u otro cuidado médicamente necesario que la cantidad facturada generalmente a personas que tienen seguro. Para pacientes no asegurados, los aranceles publicados serán reducidos por el porcentaje definido por la regulación del impuesto a la renta como la cantidad facturada generalmente a personas que tienen un seguro que cubre dicho cuidado usando un cálculo retrospectivo de “mirar atrás” para calcular la cantidad permitida por pacientes asegurados por el gobierno (Medicare y Medicaid) y comercialmente. La metodología de cálculo anual se encuentra en el Apéndice A de esta política.

### **IV. Relación con las prácticas de cobro de Hartford HealthCare**

Los pacientes que son considerados no elegibles para asistencia financiera o que reciben un descuento parcial y no pagan sus facturas podrían estar sujetos a las siguientes Actividades de Cobro Extraordinarias (ECA):

- Embargos de sueldos
- Embargos de residencias primarias o secundarias, cuentas de bancos o inversiones u otros activos
- Acción legal
- Vender deuda a un tercero
- Otras ECA no indicadas arriba (vea la sección de definiciones de esta política)

Si una persona no ha presentado una solicitud dentro de los primeros 120 días de la fecha en la que Hartford HealthCare emite su primera declaración de facturación después del servicio, entonces Hartford HealthCare podrá comenzar a actuar según las ECA descritas arriba.

Las cuentas con una dirección de facturación del paciente que no sea válida pueden enviarse a una agencia de cobros antes de que transcurran 120 días desde la primera declaración de facturación del paciente, siempre que HHC indique a la agencia de cobros que cese todas las gestiones de cobro si el paciente solicita asistencia financiera conforme a la Política de Asistencia Financiera. Cuando se envía una declaración de

facturación a una dirección válida, las ECA podrán comenzar después de los primeros 120 días desde la fecha en que Hartford HealthCare emite su primera declaración de facturación después del servicio. Si el paciente solicita ayuda dentro de 240 días desde la primera notificación del saldo de autopago y se le otorga ayuda, Hartford HealthCare tomará todas las medidas disponibles para remover toda acción de cobro como embargos que se han presentado.

Antes de que Hartford HealthCare inicie cualquier acción de cobro, emitirá una notificación escrita a la última dirección conocida registrada del paciente (o su familia) que describe las actividades de cobro específicas que piensa iniciar (o reanudar), provee una fecha límite después de la cual dicha acción o acciones serán iniciadas (o reanudadas) e incluye un resumen en lenguaje sencillo de esta Política. Las actividades de cobro incluidas las ECA no podrán iniciarse antes de 30 días desde la transmisión de la notificación escrita.

A los pacientes que no son elegibles para asistencia financiera, o califican para asistencia financiera parcial y que están cooperando de buena fe para resolver las cuentas pendientes, se les podrá ofrecer planes de pago extendidos. No se tomará ninguna acción de cobro adicional mientras que los pacientes continúen cumpliendo con los términos del plan de pagos.

HHC no llevará a cabo ninguna ECA hasta que haya hecho esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia bajo la Política de Asistencia Financiera.

**V. Para que los pacientes conozcan las opciones de asistencia financiera, Hartford HealthCare hará lo siguiente:**

Proveerá señales, folletos y/o un resumen escrito en lenguaje sencillo que describan la política junto con información de contacto para asistencia financiera en el departamento de emergencias, las áreas de trabajo de parto y de parto, la papelería de alta, otras áreas de inscripción/admisión de pacientes, además de en la comunicación de facturación y cobro.

Pondrá a disposición copias impresas de la política, la solicitud de asistencia financiera y un resumen en lenguaje sencillo a solicitud y sin cargo, por correo.

Publicará la política, el resumen en lenguaje sencillo y la solicitud de asistencia financiera en el sitio web con enlaces claros a dichos documentos en Hartford HealthCare y en la página principal de cada entidad afiliada.

Educará a todo el personal de admisión e inscripción, asesores financieros, especialistas de facturación y cobro y trabajadores sociales con relación a la política para que puedan servir como un recurso de información para los pacientes.

Incluirá la frase “Por favor pregunte acerca de nuestra Política de Asistencia financiera” en las publicaciones escritas aplicables de Hartford HealthCare.

## **VI. Lista de proveedores cubiertos/no cubiertos**

El Apéndice C indica los proveedores independientes que proveen cuidado en forma habitual en Hartford HealthCare y si el cuidado que proveen está cubierto por esta política. La lista se actualiza por lo menos trimestralmente. La Junta Directiva de Hartford HealthCare delega la autoridad para actualizar el Apéndice C según se necesite al Vicepresidente Ejecutivo y al Director Financiero.

## **VII. Relación con Fondos del Hospital Donados**

Si un paciente solicita asistencia financiera, el Hospital determinará su elegibilidad para asistencia financiera y/o fondos del hospital donados. La información acerca del programa de fondos del hospital donados puede ser obtenida llamando al departamento de Servicios Financieros para Clientes al 860-696-6010.

## **VIII. Centros certificados por el Cuerpo Nacional de Servicios de Salud (NHSC, por sus siglas en inglés)**

En los centros aprobados por el Cuerpo Nacional de Servicios de Salud (NHSC), o en los centros que solicitan la aprobación del NHSC, los únicos factores que se consideran para determinar la elegibilidad para los descuentos en la escala de tarifas móviles son los ingresos y el tamaño de la familia, basados en el número de dependientes que viven en el hogar. El hecho de no responder a las preguntas más allá del tamaño de la familia y los ingresos no afectará las determinaciones de elegibilidad en los centros del NHSC.

- a. Los pacientes que se determine que son elegibles para recibir asistencia financiera cuyos servicios se originaron en un centro del NHSC, se considerarán elegibles para recibir asistencia financiera en todos los centros cubiertos por HHC.