

NYACK HOSPITAL POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO

PREPARADO POR: Administrador de Servicios Financieros para Pacientes
PERSONA DE CONTACTO: Administrador de Servicios Financieros para Pacientes
ASUNTO: Atención de caridad/Ayuda financiera

I. POLÍTICA: A. Definición

Nyack Hospital otorgará descuentos a las personas que califiquen para la atención de caridad/ayuda financiera basado principalmente en una escala variable que mide los ingresos familiares y el tamaño de la familia. La atención de caridad/ayuda financiera es la prestación gratuita o a precio reducido de los servicios médicos que son médicamente necesarios a las personas que se determina que no pueden pagar por la atención en su totalidad o en parte, según su situación financiera. El programa de atención de caridad/ayuda financiera es, en parte, respaldado por los ahorros obtenidos del programa federal 340B.

Sin perjuicio de la elegibilidad de un paciente para la atención de caridad/ayuda financiera, el Hospital prestará servicios de acuerdo con las leyes y normas aplicables, que incluyen la Ley de tratamiento médico de emergencia y proceso activo de parto (EMTALA, por sus siglas en inglés). En consecuencia, libre de toda discriminación, el Hospital brindará atención a las personas en casos de afecciones médicas de emergencia, independientemente de su condición de seguro, elegibilidad para asistencia financiera o asistencia gubernamental.

En consecuencia, esta política escrita:

1. Incluye criterios de elegibilidad para la asistencia financiera: atención gratuita y con descuento (caridad parcial).
2. Describe la base para calcular los montos que se cobran a los pacientes elegibles para la asistencia financiera conforme a esta política.
3. Describe el método mediante el cual los pacientes pueden solicitar asistencia financiera.
4. Describe el proceso de cobro utilizado para recuperar la parte de la factura de Nyack Hospital que es responsabilidad del paciente para las personas que no califican para la atención de caridad o que califican para un descuento de menos del 100 %.
5. Describe la manera en que el hospital publicitará abiertamente esta política al interior del Nyack Hospital y de la comunidad atendida por el Nyack Hospital.

B. Elegibilidad-General

1. Tarifas de autopago

- a. Nyack Hospital (en lo sucesivo el "Hospital") delimita los montos que el Hospital cobrará a las personas no aseguradas por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria. Por lo tanto, el Hospital ha establecido una

Tarifa de autopago para los servicios ambulatorios de acuerdo con las tarifas de "Clasificación de pagos ambulatorios" de Medicare APC y las tarifas de Medicaid para la atención de pacientes internados.

- b. Puede conocer estas tarifas si se comunica con el Departamento de Asesoramiento Financiero de Nyack Hospital al (845)-348-2897.
 - c. Esta Tarifa de autopago se aplica de inmediato a todas las facturas emitidas para nuestros pacientes no asegurados. El Hospital ofrece descuentos adicionales a los pacientes sobre los que se ha determinado que no pueden pagar la Tarifa de autopago completa en función de su situación financiera, tal como se detalla en esta política.
2. Aplicabilidad de la atención de caridad/ayuda financiera
- a. Esta Política se aplica solo a los servicios hospitalarios para pacientes internados y/o ambulatorios que se brindan a personas sin seguro, con seguro insuficiente, que no son elegibles para un programa gubernamental o no pueden pagar de ningún otro modo y que se ha determinado que son elegibles para la atención de caridad/ayuda financiera conforme a esta Política de Nyack Hospital y sus empleados.
 - b. Los pacientes que deben asumir costos médicos extraordinarios, incluidos los copagos, coseguros o deducibles, y que han agotado sus beneficios de seguro de salud (incluidas, por ejemplo, las cuentas de ahorro para la salud) para un servicio específico, también pueden ser elegibles para la atención de caridad/ayuda financiera.
 - c. Esta política no se aplica a los servicios prestados por algún otro proveedor (*p. ej.*, médicos, ambulancia u otros proveedores de servicios profesionales que facturan de manera independiente por sus servicios). Cualquier solicitud de atención de caridad o ayuda financiera en relación a dichos servicios debe dirigirse a tales proveedores.
 - d. Esta Política se aplica solo a los servicios médicamente necesarios. Cualquier otro servicio que no se considere médicamente necesario, incluidos, por ejemplo, algunos servicios cosméticos, no se considerará para la atención de caridad/ayuda financiera.
3. Antes de presentar una solicitud de atención de caridad/ayuda financiera, los pacientes deberán haber sido evaluados para la elegibilidad en Medicaid u otros programas de seguros, cuando sea razonable o adecuado.
4. El Hospital ofrecerá atención de caridad/ayuda financiera:
- a. para servicios de emergencia a cualquier residente que califique del estado de Nueva York; y

- b. para servicios programados que no sean de emergencia y sean médicamente necesarios para cualquier residente que califique del área primaria de servicio del Hospital (condados de Rockland, Westchester, Orange y Putnam).
5. Las controversias al respecto de la necesidad médica serán resueltas por el Departamento de Revisión de Utilización del Hospital (Hospital Utilization Review Department) de acuerdo con las políticas y procedimientos aplicables del Hospital.
6. La elegibilidad para la atención de caridad/ayuda financiera más allá de la Tarifa de autopago del Hospital se basará en la presentación de una solicitud completa que incluya la documentación de ingresos necesaria.
 - a. Puede obtener una descripción del proceso de atención de caridad/ayuda financiera y de las solicitudes de atención de caridad/ayuda financiera si visita o llama al Departamento de Asesoramiento Financiero de Nyack Hospital al (845)-348-2897, o si llama al Departamento de Servicios Financieros para Pacientes del Nyack Hospital al (845)-348-6603.
 - b. También puede encontrar información sobre la atención de caridad/ayuda financiera y las políticas de cobro en el sitio web del Nyack Hospital (www.nyackhospital.org.)
7. Las personas que no sean elegibles para la atención de caridad/ayuda financiera, que presenten solicitudes de atención de caridad/ayuda financiera incompletas o que califiquen para descuentos de menos del 100 % están sujetas al proceso de cobro del Hospital (consulte C. Prácticas de cobro). La elegibilidad para la atención de caridad/ayuda financiera seguirá siendo evaluada en todas las tareas de facturación y cobranza del Hospital.
8. El Hospital puede obtener informes de agencias de información crediticia o de información especializada del consumidor para ayudar a determinar la presunta elegibilidad para recibir atención de caridad de las personas que no hayan presentado una solicitud completa para atención de caridad cuando:
 - a. el paciente no esté asegurado o haya agotado sus beneficios de seguro de salud;
 - b. los saldos de cuenta del paciente por los servicios prestados en el Hospital superan los \$250.00; y
 - c. la cuenta del paciente permanezca impaga durante, al menos, cuarenta y cinco (45) días con posterioridad a la presentación de la factura inicial.
9. Está previsto que esta Política cumpla con la Sección 2807-k-9-a de la Ley de Salud Pública del estado de Nueva York y las normas o pautas promulgadas en virtud de la misma, y será interpretada de acuerdo con ellas. En la medida que lo exija la ley aplicable, esta Política puede estar sujeta a revisión y aprobación del Departamento de Salud del estado de Nueva York.

C. Prácticas de cobro

1. Algunas personas no calificarán para la atención de caridad o calificarán para un descuento menor al 100 %. El Hospital ha desarrollado las normas y el alcance de las prácticas que se utilizarán para cobrar la deuda impaga del paciente, incluido el establecimiento de políticas escritas con respecto a la derivación de la deuda del paciente para el cobro o la acción legal. El Hospital exige que las agencias de cobro que actúan en nombre del Hospital suscriban acuerdos escritos que las obliguen a seguir estas normas y prácticas.
2. Con respecto a las prácticas de cobro, el Hospital:
 - a. No forzará la venta o ejecución de la residencia principal de un paciente para pagar una deuda impaga.
 - b. No enviará una factura a una agencia de cobro mientras esté pendiente la determinación de una solicitud completa de atención de caridad/ayuda financiera (incluida la documentación de respaldo necesaria) presentada al Hospital.
 - c. No permitirá que se efectúen cobros a un paciente que haya sido determinado como elegible para Medicaid en el momento en que se prestaron los servicios y para el que se disponga de un pago de Medicaid, siempre que el paciente haya presentado una solicitud completa para Medicaid en relación con dichos servicios.
 - d. Proporcionará una notificación escrita al paciente (incluida la notificación sobre la factura del paciente) al menos 30 días antes de que se envíe una cuenta para el cobro.
 - e. Exige que la agencia de cobro tenga el consentimiento escrito del Hospital antes de comenzar una acción legal para el cobro.
 - f. Exige que las agencias de cobro proporcionen información a los pacientes con respecto a cómo solicitar atención de caridad/ayuda financiera, cuando corresponda.

D. Educación/concientización pública

1. El aviso de las políticas de ayuda financiera del Hospital se comunicará por escrito a los pacientes y las agencias locales de servicio a la comunidad. La información escrita que describe las políticas de ayuda financiera del Hospital estará a disposición de cualquier parte que solicite información, tanto en inglés como en español, en los siguientes lugares:
 - a. Oficina de admisiones
 - b. Oficinas de registro
 - c. www.nyackhospital.org
 - d. Por correo, bajo solicitud.
 - e. Asesoramiento financiero al (845)-348-2897
 - f. La disponibilidad de atención de caridad/ayuda financiera y el número de teléfono de la oficina están impresos en la parte inferior de las facturas del hospital.

B. Cooperación y responsabilidad

1. El proceso para determinar la elegibilidad del paciente para la atención de caridad/ayuda financiera y para saldar la deuda del paciente reflejará el compromiso del Hospital con tratar a todos los pacientes con igualdad, dignidad y respeto.
2. Como parte de la misión benéfica del Hospital, se proporcionará atención de caridad/ayuda financiera a las personas que presenten solicitudes completas y cumplan con las calificaciones descritas en esta Póliza. Los intentos para determinar la elegibilidad para la atención de caridad/ayuda financiera se producirán durante todo el proceso de facturación y cobro.
3. La atención de caridad/ayuda financiera no tiene como objetivo sustituir los derechos gubernamentales existentes u otros programas de asistencia. De acuerdo con las circunstancias individuales de cada paciente, se hará todo lo razonablemente posible para estudiar alternativas pertinentes de fuentes de pago y cobertura de terceros y otros programas públicos y privados para permitir que el Hospital brinde atención a las personas que carecen de otras opciones de pago.
4. La disponibilidad de atención de caridad/ayuda financiera no elimina la responsabilidad personal. Se requiere que los pacientes elegibles, cada vez que sea posible, accedan a opciones de seguros públicos o privados y se espera que cooperen con el Hospital y contribuyan con el costo de su atención según su capacidad de pago individual. El Hospital se reserva el derecho de denegar la ayuda financiera para los pacientes que sean elegibles pero se rehúsen a solicitar los programas de seguros disponibles que incluyen, por ejemplo, Medicare y Medicaid.
5. El Hospital considerará la necesidad de una persona de atención de caridad/ayuda financiera según la demostración documentada de dicha persona al respecto de que la factura por los servicios prestados no se puede cubrir con otra fuente de pago y que no puede pagar dichos servicios. Esta política se aplicará sistemáticamente a todos los pacientes elegibles, sin limitaciones según la afección médica del solicitante, siempre que el procedimiento o tratamiento solicitado sea médicamente necesario y tenga beneficio clínico o terapéutico.

III. ALCANCE:

Todo el personal de Servicios Financieros para Pacientes y Registro del Hospital.

IV. PROCEDIMIENTO:

A. Solicitud - Oportunidad/Lugar

1. Si corresponde, y cuando sea posible, los beneficios de Medicaid y otros programas públicos y privados se explicarán al paciente en el momento del ingreso y registro y se invitará a que los pacientes potencialmente elegibles los soliciten. La elegibilidad para la atención de caridad/ayuda financiera se establecerá después de haber determinado la elegibilidad para Medicaid y otros programas públicos y privados. El Hospital intentará

determinar la elegibilidad para la atención de caridad/ayuda financiera durante todo el proceso de facturación y cobro.

2. Los materiales escritos, incluida la solicitud, se pondrán a disposición de los pacientes durante el proceso de ingreso y registro, antes de brindarles atención médica. Además, los formularios de solicitud de atención de caridad/ayuda financiera pueden solicitarse en los lugares designados del Hospital y estarán disponibles en inglés y español.
3. Mediante un aviso, los materiales de solicitud aclararán al paciente que, si presenta una solicitud completa que incluya toda la información o documentación necesarias para determinar la elegibilidad conforme a esta Política, dicho paciente podrá ignorar cualquier factura del Hospital hasta que el Hospital haya decidido sobre la solicitud.
4. Los pacientes pueden solicitar asistencia mediante un formulario de solicitud. Las determinaciones con respecto a dichas solicitudes se comunicarán por escrito al solicitante tan pronto como sea posible, después de haber presentado la solicitud completa, pero siempre dentro de los treinta (30) días desde que el Hospital haya recibido dicha solicitud. Si se necesita información adicional del solicitante para determinar la elegibilidad, el Hospital la solicitará en dicho plazo de treinta (30) días. Las instrucciones escritas que describen cómo apelar una denegación u otra determinación adversa se incluirán con la determinación adversa o la denegación de una solicitud.
5. Se evaluará a los pacientes clínicos del Hospital en el momento del registro inicial. Se completarán las solicitudes de los pacientes clínicos del Hospital y se efectuarán las determinaciones como parte del proceso de registro, a menos que se necesite información adicional.

B. Solicitud-Documentación y normas

1. Se pedirá a los solicitantes que proporcionen información/documentación que incluya, por ejemplo:
 - a. ingresos familiares de los últimos tres meses;
 - b. ingresos familiares del último período de doce meses;
 - c. cantidad de personas en el hogar y relación con el solicitante;
 - d. formulario 1040 (Declaración jurada individual de impuesto a las ganancias de los EE. UU.) para todos los miembros del hogar que corresponda o cualquier otra documentación que pueda utilizarse para fundamentar los ingresos familiares, en ausencia del formulario 1040.
2. Se puede preguntar a los solicitantes por los activos netos¹ (*p. ej.*, valor de bienes muebles e inmuebles, pólizas de seguros, cuentas bancarias, otras cuentas de inversión).

¹ Los activos netos excluyen la residencia principal, cuentas de ahorro con impuestos diferidos o de jubilación comparables, cuentas de ahorro universitario, automóviles utilizados por el

3. La información provista en una solicitud completa y a partir de otras fuentes se utilizará para evaluar la situación financiera de un paciente y para tomar una decisión con respecto a la capacidad del paciente para pagar los servicios prestados y la elegibilidad para la atención de caridad/ayuda financiera.
4. Se espera que el paciente coopere y suministre toda la información necesaria requerida para efectuar una determinación acerca de la elegibilidad para la atención de caridad/ayuda financiera. Un funcionario designado del Hospital puede eximir dichas condiciones en situaciones en las que el paciente no pueda cumplir con estos requisitos.
5. Proceso de apelaciones
 - a. Si un paciente está insatisfecho con la decisión sobre su solicitud de atención de caridad, puede apelar dicha decisión si presenta sus motivos y la documentación de respaldo al Administrador de Servicios Financieros para Pacientes (Administrador) o a la persona designada, dentro de los veinte (20) días de la decisión.
 - b. El Administrador tendrá quince (15) días hábiles para revisar la apelación y responderle al paciente por escrito.
 - c. Si el paciente continúa insatisfecho con la decisión del Administrador, puede apelar la decisión del Administrador por escrito, incluyendo los motivos y cualquier documentación de respaldo, ante el Director Financiero.
 - d. El Director Financiero tomará una decisión por escrito dentro de los quince (15) días de recibida la apelación. La decisión del Director Financiero será definitiva.
 - e. No se llevará a cabo ninguna actividad de cobro durante el trámite de la apelación.

C. Proceso de pago

1. Criterios para la atención gratuita o a precio reducido
 - a. De acuerdo con los requisitos de esta Política, el Hospital brindará atención gratuita o a precio reducido a los solicitantes no asegurados o que hayan agotado sus beneficios de seguro de salud para un servicio específico, incluidas, por ejemplo, las cuentas de ahorro para la salud, con ingresos menores al 400 % de los niveles federales de pobreza, según lo indicado en las Pautas federales de pobreza para ingresos no agrícolas que se publican anualmente (para determinar la elegibilidad, se utilizarán las pautas de ingresos vigentes en el momento de la recepción de la solicitud completa y no las vigentes en el momento del servicio) de conformidad con la “Escala móvil de la política de atención de caridad para el Hospital”;

paciente o la familia directa (en lo sucesivo, Activos excluidos). Caso por caso, se pueden tener en cuenta los activos significativos (que no sean los Activos excluidos) sujetos a la ley estatal aplicable y a las pautas del Departamento de Salud del estado de Nueva York.

- b. De acuerdo con los requisitos de esta Política, el Hospital proporcionará atención gratuita o a precio reducido a cualquier solicitante que haya agotado sus beneficios de seguro o atención médica aplicables a los servicios de atención médica específicos en cuestión que incluyen, por ejemplo, cuentas de ahorro para la salud, y es responsable de los pagos al Hospital que superen el treinta por ciento (30 %) de sus ingresos y activos netos combinados (con excepción de los Activos excluidos), calculado cada año calendario, incluso si un paciente no califica para la atención de calidad/ayuda financiera de acuerdo con las pautas de Aplicabilidad, Procedimiento, C1a. que aparecen más arriba. (La responsabilidad del paciente será por el monto remanente después de deducir los pagos efectuados por sus compañías de seguro o planes de salud, así como los pagos por cualquier programa de derechos u otra asistencia de cualquier clase).
 - c. Puede tenerse en cuenta la evidencia de dificultad extraordinaria cuando se evalúa si se han cumplido los criterios para la atención de caridad en circunstancias específicas.
 - d. El monto máximo que puede cobrarse a un paciente elegible para la atención de caridad/ayuda financiera conforme a esta Política no superará el mayor monto que el pagador de mayor volumen, Medicare o Medicaid, según corresponda, hubiese pagado por los mismos servicios.
2. Cuando un paciente solicite atención de caridad/ayuda financiera, se podrá considerar el cumplimiento de obligaciones financieras previas con el Hospital.
3. Cuando corresponda, se volverá a evaluar la necesidad de atención de caridad/ayuda financiera. Las circunstancias que pueden justificar dicha reevaluación incluyen:
- a. cambios en los ingresos;
 - b. cambios en el tamaño de la familia;
 - c. reapertura de una cuenta cerrada; o
 - d. finalización de una evaluación financiera más de un año antes.
 - e. Cualquier otro cambio posterior a la prestación de los servicios que pueda afectar la capacidad de pago.
4. **Planes de cuotas.** Si un paciente no puede pagar el saldo de una cuenta, el Hospital puede intentar acordar un plan de pago en cuotas con el paciente. Cuando acuerde un plan de pago en cuotas con el paciente, el Hospital puede considerar el saldo adeudado y la capacidad de pago del cliente.
- a. Los planes de cuotas permitirán el pago del saldo adeudado en un plazo de seis (6) meses.
 - b. El período de pago puede extenderse más allá de los seis (6) meses si, a discreción del Hospital, las circunstancias financieras del paciente justifican una extensión.
 - c. El pago mensual no superará el diez por ciento (10 %) de los ingresos mensuales brutos del paciente; siempre que, cuando se consideren los activos

del paciente según las pautas de Aplicabilidad, Procedimiento, C.1. que aparecen más arriba, se puedan considerar los activos del paciente que no sean Activos excluidos además del límite de los pagos mensuales.

- d. Si un paciente no efectúa un pago cuando corresponde y, además, no paga dentro de los treinta (30) días posteriores, entonces será exigible todo el saldo.
- e. Si se cobran intereses al paciente, la tasa de interés sobre cualquier saldo impago no superará la tasa de un título valor a noventa días emitido por el Departamento del Tesoro de los EE. UU. más la mitad del uno por ciento (.5 %). Ningún plan de cuotas incluirá una aceleración o cláusula similar que dispare una tasa de interés más alta sobre un pago omitido.

- 5. Depósitos.** Un paciente que procure atención médicamente necesaria que no sea de emergencia y que solicite atención de caridad/ayuda financiera puede estar obligado a efectuar un depósito congruente con los términos de esta Política. Ningún depósito superará el diez por ciento (10 %) de los ingresos mensuales brutos del paciente; siempre que, cuando se consideren los activos del paciente según las pautas de Aplicabilidad, Procedimiento, C1 que aparecen más arriba, se puedan considerar los activos del paciente que no sean Activos excluidos además del límite sobre los pagos mensuales; y siempre que, para los pacientes con ingresos anuales del 150 % o menos del nivel federal de pobreza, se consideren los activos distintos de los Activos excluidos solo si superan los niveles de activos especificados por el Departamento de Salud de acuerdo con las pautas de Aplicabilidad, Procedimiento C1aii que aparecen más arriba. En cualquier caso, cualquier depósito que pueda haber efectuado un paciente antes del momento en el que solicite atención de caridad se incluirá como parte de la consideración de la atención de caridad/ayuda financiera.
- 6.** El Hospital mantendrá la contabilidad del monto en dólares cobrado como atención de caridad de acuerdo con la ley aplicable del estado de Nueva York.

RESPONSABILIDAD: Servicios Financieros para Pacientes

En vigencia: 08/96
Revisiones: 10/02 07/04 10/04 1/05
2/05 7/06 1/07 2/10 4/13 3/16
Revisado: 8/13