

## **TÍTULO:** POLÍTICA DE ATENCIÓN DE BENEFICENCIA

**POLÍTICA Y PROPÓSITO:** La Ley de Salud Pública del estado de Nueva York (Sección 2807-k-9-a) y el Código de Rentas Internas (Sección 501(r)) exigen que los hospitales presten servicios de emergencia o de atención médica necesaria gratuitos o a precio reducido a los pacientes que no se hallen en condiciones de pagar los servicios de atención médica en su totalidad o en parte, en función de su situación financiera.

El New York Community Hospital (en adelante, el Hospital) reconoce su responsabilidad de prestar Atención de Beneficencia (en adelante, Atención de Beneficencia) a aquellas personas que puedan no estar aseguradas o cuyo seguro sea insuficiente, y hayan recibido servicios de emergencia u otros servicios médicos necesarios en el Hospital. El Hospital se compromete a evaluar de forma integral las necesidades de cada paciente y a proporcionar Atención de Beneficencia cuando sea necesario, independientemente de factores como edad, género, raza, nacionalidad, condición socioeconómica o de inmigrante, orientación sexual o afiliación religiosa.

### **APLICABILIDAD:**

1. Esta política se aplica a emergencias u otros servicios de hospitalización o ambulatorios médicamente necesarios prestados a un individuo que reúne los requisitos para recibir asistencia en virtud de esta política por parte del Hospital y sus empleados. (Consulte el Anexo D adjunto para conocer los centros cubiertos actualmente).
2. Esta política se aplica a los servicios de emergencia prestados a los residentes del estado de Nueva York, incluidas las transferencias de la Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto (EMTALA) y servicios médicamente necesarios, que no sean emergencias, proporcionados a cualquier residente calificado del área de servicio principal del Hospital. (Consulte el Anexo A adjunto). Los servicios médicos se definen como aquellos servicios cubiertos por el programa de Medicaid del estado de Nueva York.
3. Además de cubrir a las personas no aseguradas que pueden cumplir los requisitos, esta política cubre a las personas que cumplen con los requisitos y enfrentan gastos médicos extraordinarios, incluidos copagos, deducibles o coaseguros o que han agotado sus beneficios del seguro de salud (incluidas, entre otras, las cuentas de ahorro para la salud).
4. Esta Política no se aplica a los servicios prestados por cualquier otro proveedor, por ejemplo, médicos u otros proveedores de servicios (que facturan de forma independiente por sus servicios). Los pacientes deben esperar recibir facturas separadas de médicos y otros proveedores de servicios; las facturas de tales médicos y otros proveedores de servicios no están sujetas a esta Política.
5. La Atención de Beneficencia se considerará luego de la presentación de un formulario de solicitud completado, acompañado de la documentación requerida.

En ciertas circunstancias limitadas que se especifican en el presente documento, es posible que la Atención de Beneficencia se les proporcione a los pacientes en función de los resultados de los ingresos de cálculos presuntivos por parte de agencias de informes de crédito o de especialidades.

6. La Atención de Beneficencia se proporcionará después de que se haya determinado si el paciente cumple con los requisitos para recibir los beneficios de Medicaid u otros programas de seguro, siempre que sea razonable o apropiado.
7. Las excepciones a esta Política se pueden aplicar mediante la aprobación de un funcionario designado del Hospital. Los conflictos relacionados con las necesidades médicas serán resueltos por el Departamento de Análisis de Utilización del Hospital de acuerdo con las políticas y los procedimientos pertinentes del Hospital.

## **PROCEDIMIENTO:**

### **A. Aplicación: plazos/lugar/documentación**

1. El material escrito, que incluye la solicitud, la Política en su totalidad y un resumen en lenguaje comprensible (el Resumen), estarán a disposición de los pacientes en los idiomas principales del Hospital, previa petición y sin cargo, en los Departamentos de Admisión y Emergencias en el Hospital durante el proceso de admisión y registro, al momento del alta o por correo. Este material también estará disponible en la página web del Hospital ([www.NYP.org](http://www.NYP.org)). Además, la notificación a los pacientes con respecto a esta Política se realizará mediante la publicación visible de información en el idioma adecuado en Salas de Emergencia y en los Departamentos de Admisión del Hospital, y mediante la inclusión de información en las facturas y los estados de cuenta enviados a los pacientes explicando que puede haber ayuda financiera disponible para los pacientes calificados y cómo obtener más información.
2. El material para realizar la solicitud deberá dejar en claro, a través de un aviso a los pacientes, que si el paciente presenta una solicitud completada que incluya información o documentación necesaria para determinar la elegibilidad en virtud de esta Política, el paciente no puede pagar las facturas del hospital hasta que el Hospital haya tomado una decisión sobre la solicitud.
3. Los pacientes pueden pedir asistencia solicitando un formulario de solicitud y presentando una solicitud completa en cualquier momento durante el proceso de facturación y cobro. Las determinaciones relacionadas con dichas solicitudes se presentarán por escrito al solicitante tan pronto como sea posible después de que se haya presentado la solicitud completada, aunque en todo caso, dentro de los treinta (30) días siguientes a la recepción de dicha solicitud por parte del Hospital. Si se necesitara información adicional del solicitante para determinar si cumple con los requisitos, el Hospital la solicitará dentro de dicho plazo de treinta (30) días. Las instrucciones escritas que describen cómo apelar una denegación u otra determinación adversa y la información de contacto del Departamento de Salud del estado de Nueva York se incluirán con una determinación adversa o denegación relacionada con la solicitud.
4. Los solicitantes deben proporcionar información o documentación que respalde sus solicitudes, por ejemplo, la documentación de la información incluida en sus formularios de solicitud. Ejemplos de documentación podrían incluir, entre otras cosas, el talón de pago, la carta del empleador, si corresponde, y el formulario

del Internal Revenue Service (Servicio de Impuestos Internos o IRS, por sus siglas en inglés) 1040 para justificar los ingresos.

5. Es posible que los solicitantes deban suministrar información sobre sus activos netos (por ejemplo, valor de los bienes personales e inmuebles, pólizas de seguros, cuentas bancarias, otras cuentas de inversión).
6. El Hospital puede realizar consultas y obtener informes de terceros, tales como agencias de crédito, de ciertos pacientes, para determinar si pueden ser presuntamente elegibles (elegibilidad presuntiva) para recibir Atención de Beneficencia en virtud de las siguientes condiciones limitadas:
  - a. el paciente ha sido dado de alta del hospital;
  - b. el paciente no tiene cobertura de seguro o la cobertura se ha agotado;
  - c. queda un saldo pendiente de más de \$ 300.00 en la cuenta del paciente;
  - d. el paciente ha recibido al menos una factura, y el plazo para el pago de esa factura ha expirado;
  - e. el paciente no ha solicitado ni completado una solicitud de Atención de Beneficencia;
  - f. el paciente ha sido notificado mediante un extracto de facturación de que el Hospital puede obtener un informe crediticio antes de obtener uno;
  - g. los informes crediticios no se utilizarán para denegar solicitudes de Atención de Beneficencia.

El Hospital no informará el estado de cuenta del paciente a terceros.

7. Los pacientes clínicos del Hospital serán evaluados al momento de la inscripción inicial. Se completarán las solicitudes de los pacientes clínicos del Hospital y se realizarán las determinaciones como parte del proceso de registro, a menos que se necesite información adicional.
8. El Hospital no postergará ni denegará (o exigirá el pago antes de prestar) atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria debido a la falta de pago por parte de una persona elegible por una o más facturas anteriores por los servicios cubiertos en virtud de esta Política.

## **B. Proceso de apelaciones**

1. Si un paciente no estuviera satisfecho con la decisión tomada sobre su solicitud de Atención de Beneficencia, puede apelar esa decisión presentando las razones y la documentación de respaldo al Director de Cuentas de Pacientes (el Director), o a su representante, dentro de los veinte (20) días de tomada la decisión.
2. El Director tendrá quince (15) días hábiles para revisar la apelación y responder al paciente por escrito.
3. Si el paciente queda insatisfecho con la decisión del Director, puede apelar dicha decisión por escrito, incluyendo las razones de su insatisfacción, así como cualquier documentación de respaldo, ante el Vicepresidente de Servicios Financieros del Paciente (el Vicepresidente) o ante otra persona designada por el Hospital.
4. El Vicepresidente adoptará una decisión por escrito dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción de la apelación. La decisión del Vicepresidente será definitiva.
5. Durante la tramitación de una apelación, no se deberá proseguir con ninguna actividad de cobro.

## **C. Proceso de pago**

1. En función de los requisitos de esta Política, el Hospital ofrecerá atención gratuita o a precio reducido a los solicitantes que no dispongan de un seguro o a los solicitantes, tanto personas como familias, que hayan agotado sus beneficios del seguro de salud para un servicio particular, incluidas, entre otras cosas, las cuentas de ahorro de salud, con ingresos por debajo del 400 % del nivel de pobreza federal que se indica en las Pautas Federales de Pobreza para ingresos no provenientes de actividades agrícolas que se publican anualmente (se para determinar la elegibilidad, se utilizarán las pautas de ingresos vigentes al momento de la recepción de la solicitud completada, y no al momento de la prestación del servicio) de acuerdo con la escala móvil de tarifas correspondiente para el año en curso: "Escala móvil de tarifas: pacientes hospitalizados y ambulatorios", "Escala móvil de tarifas: salud conductual de pacientes clínicos ambulatorios" y "Tarifas clínicas de escala móvil" (se adjuntan al presente como Anexos B-1)

2. El Hospital limitará los cargos a las personas elegibles para el programa de Atención de Beneficencia a los montos generalmente facturados (AGB) por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria a personas que tengan seguro. El Hospital calcula los AGB utilizando el método prospectivo y las bases que se consideran sobre las tasas actuales de Medicaid para las tarifas por servicio del estado de Nueva York, promulgadas por el Departamento de Salud del estado de Nueva York. Después de haber tomado una determinación sobre la elegibilidad para la Atención de Beneficencia, a las personas elegibles no se les podrá cobrar más que los montos generalmente facturados (AGB) por atención de emergencia o por atención médicamente necesaria. Para determinar los montos a cobrar a las personas elegibles por la Atención de Beneficencia, el Hospital aplicará una metodología de descuento de escala móvil a los AGB, de conformidad con los Anexos B-1, en función de la cantidad de miembros en la familia y los ingresos de dicha persona. Hipotéticamente, sólo a modo de ejemplo, cuando se determine que un paciente tiene derecho a recibir Atención de Beneficencia, y cuya familia conste de 3 miembros y tenga un ingreso de \$35,000, se le cobrará el 55 % de la tasa de Medicaid vigente (AGB) correspondiente a la hospitalización de dicho paciente, conforme a los cálculos en el Anexo B-1.

CI-Planes de cuotas. Si un paciente no puede pagar el saldo de una cuenta, el Hospital intentará negociar un plan de cuotas con él. Al negociar un plan de cuotas con el paciente, el Hospital puede considerar el saldo adeudado y la capacidad de pago del paciente.

- a. Los planes de cuotas deberán permitir el pago del saldo adeudado dentro de los seis (6) meses.

- b. El plazo de pago podrá extenderse más allá de los seis (6) meses si, a criterio del Hospital, las circunstancias financieras del paciente justifican una extensión.
- c. Si el paciente no realiza dos pagos a su vencimiento y posteriormente no paga dentro de los treinta (30) días siguientes, adeudará la totalidad del saldo.
- d. Si se cobra un interés al paciente, el tipo de interés sobre cualquier saldo pendiente de pago no superará la tasa para una garantía de noventa días emitida por el Departamento del Tesoro de Estados Unidos, más la mitad del uno por ciento (0.5 %). Ningún plan de cuotas incluirá una aceleración o cláusula similar que provoque una mayor tasa de interés en un pago adeudado

4. Depósitos. El paciente que busque atención médicamente necesaria y solicite Atención de Beneficencia no tendrá que realizar un depósito. Cualquier depósito que pueda haber sido realizado por el paciente antes del momento en que solicita Atención de Beneficencia se incluirá como parte de cualquier consideración de la Atención de Beneficencia. Si se determina que dicho paciente tiene derecho a recibir atención gratuita, se reembolsará todo el depósito. Si se determina que el paciente tiene derecho a un descuento, se reembolsará el saldo del depósito anterior que se determine que el paciente adeuda al Hospital.

5. El Hospital mantendrá la contabilización del monto en dólares cobrado como Atención de Beneficencia en los sistemas de contabilidad financiera del Hospital, de conformidad con la legislación pertinente de Nueva York.
6. Se desarrollará e implementará un mecanismo para juzgar el cumplimiento de esta política por parte del Hospital.

#### D. Educación y concientización pública

1. El personal del Hospital recibirá información sobre la disponibilidad de la Atención de Beneficencia y sobre la forma de dirigir a los pacientes para que obtengan más información sobre el proceso de solicitud. En particular, el Hospital proporcionará capacitación respecto de esta Política a todo el personal del Hospital que interactúe con los pacientes o tenga responsabilidad en la facturación y el cobro.
2. La notificación a los pacientes acerca de esta Política se hará de conformidad con el Procedimiento A. 1.
3. El Resumen, que incluye información específica en cuanto a los niveles de ingresos que se utilizan para determinar la elegibilidad a la asistencia, una descripción del área de servicio principal del Hospital y cómo solicitar la asistencia, así como la Política y el formulario de solicitud a disposición para los pacientes se publicarán en la página web del Hospital ([www.nyp.org](http://www.nyp.org)).
4. El Hospital comunicará la disponibilidad de la Atención de Beneficencia al público en general, a organismos de salud de la comunidad local y a organismos de servicios humanos y otras organizaciones locales que ayudan a las personas

necesitadas. Las medidas adoptadas para informar a organismos públicos y sin fines de lucro locales incluyen:

- a. poner la Política, el Resumen y los formularios de solicitud a disposición de los líderes locales en comités consultivos comunitarios y consejos de liderazgo, escuelas seleccionadas y organizaciones religiosas en las proximidades de cada campus del Hospital;
- b. reuniones con comités comunitarios locales de la comunidad, organizaciones religiosas, organizaciones de servicios humanos y funcionarios electos y su personal para proporcionarles información acerca de la Política;
- c. proporcionar copias de las Políticas, el Resumen y el formulario de solicitud en ferias callejeras y otros eventos comunitarios patrocinados por el Hospital dentro de su área de servicio.

#### E. Prácticas y procedimientos de cobro

1. El Hospital ha implementado prácticas y procedimientos de cobro a fin de promover el acceso del paciente a atención médica de calidad y, al mismo tiempo, minimizar las deudas incobrables en el NewYork-Presbyterian Hospital. Estas prácticas y procedimientos han sido diseñados para promover las actividades de cobro de deudas por organismos de cobro y abogados en nombre del Hospital, conforme a la misión fundamental, los valores y los principios del Hospital, incluidas, entre otras, las políticas de Atención de Beneficencia del Hospital.

2. Las prácticas y los procedimientos de cobro del Hospital se describen en una Política de Cobro separada conforme a los requisitos de la Ley de Salud Pública del estado de Nueva York (Sección 2807-k-9-a) y las regulaciones del Servicio de Rentas Internas (Sección 501 (r)) del Código del Servicio de Rentas Internas. La Política de Cobro está disponible en las Oficinas de Admisión del Hospital o en el sitio web del Hospital en [www.nych.com](http://www.nych.com), debajo del botón Atención de Beneficencia, en inglés y otros idiomas.

**RESPONSABILIDAD:** servicios financieros para pacientes

## **ANEXO A**

### **Área de servicio principal**

Para Nueva York Community Hospital de Brooklyn , la zona de servicio primaria consiste en el Estado de Nueva York .

**EXHIBIT B-1: SLIDING FEE SCALE - INPATIENT/OUTPATIENT**  
**BASED UPON HHS POVERTY GUIDELINES FOR NON-FARM INCOME - UP TO 400%**

PATIENT PAYS	Pediatric ED: \$0 Adult ED: \$15 Inpatient/Amb. Surg./MRI: \$150 All other non-clinic: 5% of rate											
	FED POV GUIDELINE %	10% of applicable rate		20% of applicable rate		55% of applicable rate		90% of applicable rate		100% of applicable rate		NO DISCOUNT*
FAMILY SIZE	100%	101% - 125%		126% - 150%		151% - 200%		201% - 250%		251% - 400%		> 400%
	< THAN OR =	> THAN	< THAN OR =	> THAN	< THAN OR =	> THAN	< THAN OR =	> THAN	< THAN OR =	> THAN	< THAN OR =	> THAN
1	\$12,140	\$12,140	\$15,175	\$15,175	\$18,210	\$18,210	\$24,280	\$24,280	\$30,350	\$30,350	\$48,560	\$48,560
2	16,460	16,460	20,575	20,575	24,690	24,690	32,920	32,920	41,150	41,150	65,840	65,840
3	20,780	20,780	25,975	25,975	31,170	31,170	41,560	41,560	51,950	51,950	83,120	83,120
4	25,100	25,100	31,375	31,375	37,650	37,650	50,200	50,200	62,750	62,750	100,400	100,400
5	29,420	29,420	36,775	36,775	44,130	44,130	58,840	58,840	73,550	73,550	117,680	117,680
6	33,740	33,740	42,175	42,175	50,610	50,610	67,480	67,480	84,350	84,350	134,960	134,960
7	38,060	38,060	47,575	47,575	57,090	57,090	76,120	76,120	95,150	95,150	152,240	152,240
8	42,380	42,380	52,975	52,975	63,570	63,570	84,760	84,760	105,950	105,950	169,520	169,520
For ea. addtl. person add:	4,320											

Source: Federal Register/Vol. 83, No. 12/Thursday, January 18, 2018/Notices

**\*NON-CLINIC OUTPATIENT VISITS AND DENTAL CLINIC VISITS:** REDUCTIONS ARE CALCULATED AT A DISCOUNT OFF OF MEDICAID FEE-FOR-SERVICE RATES

**\*INPATIENT STAYS:** REDUCTIONS ARE CALCULATED OFF OF THE LOWER OF CHARGES OR MEDICAID DRG

CHARITY CARE C106