

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 NewYork-Presbyterian Hudson Valley Hospital (en adelante, el Hospital) reconoce su responsabilidad de brindar atención de beneficencia (en adelante, Atención de Beneficencia) a aquellas personas que puedan no tener seguro 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 inmigración, 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 reúna los requisitos para recibir asistencia en virtud de esta Política por parte del Hospital y sus empleados. (Consulte el Anexo C 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 Médico de Emergencia y Parto [EMTALA, por sus siglas en inglés]) y a los servicios médicamente necesarios que no sean de emergencia prestados a cualquier residente cualificado del área principal de servicio 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 cumplan los requisitos, esta Política cubre a las personas que cumplen 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. Para obtener información acerca de los médicos y otros proveedores de servicios del Hospital y sobre la Política de Atención de Beneficencia del

Hospital, visite www.nyp.org/hudsonvalley. Para obtener una copia impresa de la lista de proveedores visite www.nyp.org/hudsonvalley, llame al (914) 734-3858 o comuníquese directamente con el proveedor. Los pacientes deben esperar recibir facturas separadas de aquellos proveedores que no están cubiertos por esta Política y que facturan de forma independiente por sus servicios. Tenga en cuenta que los proveedores que forman parte del Grupo Médico de NewYork-Presbyterian/Hudson Valley se rigen por su propia política de atención de beneficencia, que es diferente a la Política de Atención de Beneficencia del Hospital, y puede encontrarse en la página web nyp.org/hudsonvalleymedicalgroup o en la línea telefónica (914) 739-0087.

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 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 del seguro, siempre que sea razonable o apropiado.
7. Se pueden aplicar excepciones a esta Política 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/hudsonvalley). Además, la notificación a los pacientes con respecto a esta Política se realizará mediante la publicación visible de información en el idioma adecuado en las 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. Dicha información explicará que puede haber ayuda financiera disponible para los pacientes que cumplen determinados requisitos y cómo obtener más detalles.

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, para lo cual deben obtener un formulario de solicitud, completarlo y presentarlo 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 la determinación adversa o la denegación relacionada con la solicitud.
4. Los solicitantes deben proporcionar información o documentación que respalde sus respectivas solicitudes, por ejemplo, la documentación respecto 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 1040 del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) para justificar los ingresos.
5. Los activos no se pueden tomar en cuenta.
6. El Hospital puede realizar consultas y obtener informes de terceros, tales como agencias de crédito, sobre 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. El Hospital no postergará ni denegará (ni exigirá el pago antes de la prestación) atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de una o más facturas anteriores por los servicios cubiertos en virtud de esta Política y brindados a una persona elegible.

B. Proceso de apelaciones

1. Si un paciente no estuviera satisfecho con la decisión tomada sobre su solicitud de Atención de Beneficencia, puede apelar dicha decisión presentándole las razones y la documentación de respaldo al Director de Cuentas de Pacientes u otro representante del Hospital (el Director) en un plazo de veinte (20) días a partir de la fecha en la que se tomó 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, e incluir las razones de su insatisfacción y toda documentación de respaldo, ante el Vicepresidente de Servicios Financieros del Paciente o ante otra persona designada por el Hospital (Vicepresidente).
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 les ofrecerá atención gratuita o a precio reducido a los solicitantes que no dispongan de un seguro o a los solicitantes, tanto individuos como familias, que hayan agotado los 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 los ingresos no provenientes de actividades agrícolas publicados anualmente (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 Guía de Asistencia Financiera correspondiente para el año en curso (Anexo B-1).

2. El Hospital limitará los cargos a las personas elegibles para el programa de Atención de Beneficencia a los montos generalmente facturados (amounts generally billed, 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 se basa en las tasas actuales que tiene 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. A fin de determinar los montos que se cobrarán a las personas elegibles para la Atención de Beneficencia, el Hospital aplicará una metodología de descuento de escala móvil a los Montos Generalmente Facturados (AGB), de conformidad con el Anexo B, en función del tamaño de la familia y de los ingresos de dicha persona. Hipotéticamente, solo 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.
3. **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 un período de 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. El pago mensual no puede ser mayor que el diez por ciento (10 %) de los ingresos mensuales brutos del paciente.
 - d. 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.
 - e. Si se cobra un interés al paciente, la tasa 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 (US Department of Treasury), 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, en conformidad con la legislación pertinente de Nueva York.
6. Se desarrollará e implementará un mecanismo para medir 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 le proporcionará capacitación respecto de esta Política a todo el personal del Hospital que interactúe con los pacientes o que 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 sobre los niveles de ingresos utilizados para determinar la elegibilidad para recibir asistencia, una descripción del área principal de servicio 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/hudsonvalley).
4. El Hospital comunicará la disponibilidad de la Atención de Beneficencia al público en general, a organismos de salud de la comunidad local, 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 las siguientes:
 - 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. concretar 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.

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 Hospital. Estas prácticas y procedimientos están 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 www.nyp.org/hudsonvalley, en el botón Atención de Beneficencia, en inglés y otros idiomas.

RESPONSABILIDAD: Servicios financieros para pacientes

FECHAS DE LA POLÍTICA:

Nueva: Febrero de 2018

Aprobaciones: NYP Community Programs, Inc.

ANEXO A

Área principal de servicio

Para el New York-Presbyterian Hudson Valley, el área principal de servicio consiste en los siguientes condados: Westchester, Putnam, Orange, Rockland, y Bronx.

Fecha: junio de 2014

Anexo A, Atención de Beneficencia, rev. 2014

ANEXO B-1: ESCALA MÓVIL DE TARIFAS: PACIENTES HOSPITALIZADOS Y AMBULATORIOS
CON BASE EN LAS PAUTAS DE LA POBREZA DE LA SALUD Y SERVICIOS HUMANOS (HHS) PARA INGRESOS NO PROVENIENTES DE ACTIVIDADES AGRÍCOLAS: HASTA EL 400 %

EL PACIENTE PAGA		Departamento de Emergencias (ED) Pediátricas: \$0 Departamento de Emergencias (ED) de Adultos: \$15 Paciente hosp./Cirugía ambulatoria/IRM: \$150 Todos los demás procedimientos no clínicos: 5 % de la tasa											
		10 % de la tasa correspondiente		20 % de la tasa correspondiente		55 % de la tasa correspondiente		90 % de la tasa correspondiente		100 % de la tasa correspondiente		SIN DESCUENTO*	
PAUTAS FED. DE POBREZA, %	100%	101 % - 125 %		126 % - 150 %		151 % - 200 %		201 % - 250 %		251 % - 400 %		> 400 %	
CANT. DE MIEMBROS EN LA FAMILIA	< DE O =	> DE	< DE O =	> DE	< DE O =	> DE	< DE O =	> DE	< DE O =	> DE	< DE O =	> DE	
1	\$12,490	\$12,490	\$15,613	\$15,613	\$18,735	\$18,735	\$24,980	\$24,980	\$31,225	\$31,225	\$49,960	\$49,960	
2	16,910	16,910	21,138	21,138	25,365	25,365	33,820	33,820	42,275	42,275	67,640	67,640	
3	21,330	21,330	26,663	26,663	31,995	31,995	42,660	42,660	53,325	53,325	85,320	85,320	
4	25,750	25,750	32,188	32,188	38,625	38,625	51,500	51,500	64,375	64,375	103,000	103,000	
5	30,170	30,170	37,713	37,713	45,255	45,255	60,340	60,340	75,425	75,425	120,680	120,680	
6	34,590	34,590	43,238	43,238	51,885	51,885	69,180	69,180	86,475	86,475	138,360	138,360	
7	39,010	39,010	48,763	48,763	58,515	58,515	78,020	78,020	97,525	97,525	156,040	156,040	
8	43,430	43,430	54,288	54,288	65,145	65,145	86,860	86,860	108,575	108,575	173,720	173,720	
Por cada persona adicional, agregar:	4,420												

Effective: January, 2019

***VISITAS AMBULATORIAS FUERA DEL ENTORNO CLÍNICO Y VISITAS A LA CLÍNICA DENTAL: LAS REDUCCIONES SE CALCULAN CON UN DESCUENTO DE TASAS DE PAGADOR COMERCIAL CON EL VOLUMEN MÁS ALTO DEL NYP.**

***ESTANCIA HOSPITALARIA: LAS REDUCCIONES SE CALCULAN A PARTIR DE CARGOS MÁS BAJOS O DE LOS GRUPOS RELACIONADOS DE DIAGNÓSTICO (DRG) DE MEDICAID**

ATENCIÓN DE BENEFICENCIA C106

ANEXO C

NewYork-Presbyterian Hospital Hudson Valley Hospital

Atención de Beneficencia C106, 2015