

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 Queens (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 servicios de emergencia u otros servicios de hospitalización o ambulatorios médicamente necesarios prestados a personas que reúnen 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 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 podrían cumplir los requisitos, esta política cubre a las personas que cumplen con los requisitos y enfrentan gastos médicos extraordinarios, incluidos copagos, deducibles y coaseguros, o que han agotado sus beneficios de seguro de salud (incluidas, entre otras, las cuentas de ahorro para la salud).

4. Para obtener información sobre los médicos y otros proveedores de servicios del Hospital, y sobre la Política de Atención de Beneficencia del Hospital, visite el sitio www.NYHQ.org. Para obtener una copia impresa de la lista de proveedores, visite el sitio www.nyp.org/medgroupqueens/pdf/mg-queens-physician-directory.pdf o llame al (718)670-1705, o consulte directamente al proveedor en cuestión. Los pacientes deberían recibir facturas por separado de los proveedores que no estén cubiertos por esta Política y que facturen de forma independiente por sus servicios. Cabe señalar que los proveedores que son parte de NewYorkPresbyterian/Medical Group Queens acatan la propia Política de Atención de Beneficencia de dicho Grupo Médico, que se encuentra en <http://www.nyp.org/medgroupqueens/>, la cual es distinta de la Política de Atención de Beneficencia del Hospital.
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 Manejo de Casos 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.NYHQ.org). Además, la notificación a los pacientes con respecto a esta Política se realizará mediante la publicación visible de la 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. Los activos no se pueden tomar en cuenta.
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 Servicios Financieros para Pacientes u otro representante del Hospital (el director), en los siguientes veinte (20) días después de que fue 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 sénior y director financiero 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 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: paciente hospitalizado/ ambulatorio" y "Escala móvil de tarifas para la clínica" (adjunto en este documento como Anexo B-1 y B-3; no hay un anexo B-2).

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 y B-3, en función de la cantidad de miembros en la familia y 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 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. 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, 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.NYHQ.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/Queens. 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 New York State Public Health Law (Sección 2807-k-9-a) y las regulaciones del Internal Revenue Service (Sección 501 (r)) del Código del Internal Revenue Service. La Política de Cobro está disponible en las Oficinas de Admisión del Hospital o en el sitio web del Hospital en www.NYHQ.org, debajo del botón Atención de Beneficencia, en inglés y otros idiomas.

RESPONSABILIDAD: servicios financieros para pacientes

FECHAS DE LA POLÍTICA:

Revisado: 20 de octubre de 2015, mayo de 2016

Aprobaciones: NYP Community Programs, Inc.

ANEXO A

Área de servicio principal

Para NewYork-Presbyterian/Queens, el área de servicio principal consta de cinco distritos municipales (condados) de la Ciudad de Nueva York y el condado de Nassau.

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 B-3: TARIFAS CLÍNICAS DE ESCALA MÓVIL

CON BASE EN LAS PAUTAS DE LA POBREZA DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS (HHS) PARA INGRESOS NO PROVENIENTES DE ACTIVIDADES AGRÍCOLAS: HASTA EL 400 %

CATEGORÍA	A	B		C		D		E		F		W
TARIFA POR CONSULTA	Clinica pediátrica/Prenatal: 0 Clínica para adultos: \$10	\$13		\$27		\$74		\$120		\$135		SIN DESCUENTO
PAUTAS FED. DE POBREZA, %	100%	101 % - 125 %		126 % - 150 %		151 % - 200 %		201 % - 250 %		251 % - 400 %		> 400 %
Cant. de miembros en la familia Ingresos	< 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

ATENCIÓN DE BENEFICENCIA C106

ANEXO C

New York-Presbyterian/Queens

Atención de Beneficencia 8611-070