

---

**TÍTULO: POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA**

**POLÍTICA Y PROPÓSITO:**

La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York (Sección 2807-k-9-a) y el Código de Impuestos Internos (Sección 501[r]) exigen que los hospitales presten servicios de atención de emergencia o de atención médicamente necesaria gratis o a precio reducido a los pacientes que se determine que no pueden pagar los servicios de atención médica en su totalidad o en parte, según su situación financiera.

El NewYork-Presbyterian Brooklyn Methodist Hospital (en adelante, el Hospital) reconoce su responsabilidad de dar Ayuda Financiera (en adelante, Ayuda Financiera) a aquellas personas que puedan estar sin seguro o con un seguro insuficiente y hayan recibido servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios en el Hospital. El Hospital se compromete a evaluar de forma integral las necesidades de cada paciente y a dar Ayuda Financiera cuando se justifique, independientemente de la edad, sexo, raza, país de origen, condición socioeconómica o migratoria, orientación sexual o afiliación religiosa.

Si el Hospital determina que una persona es elegible para recibir Ayuda Financiera, el Hospital no iniciará ninguna acción de cobro extraordinaria (Extraordinary Collection Action, ECA), incluyendo acción civil contra esa persona.

**APLICABILIDAD:**

1. Esta Política se aplica a emergencias u otros servicios de hospitalización o ambulatorios médicamente necesarios prestados a una persona que califique para recibir asistencia según esta Política por parte del Hospital y sus empleados. (Consulte el Anexo C adjunto para saber los centros cubiertos actualmente).
2. Esta Política se aplica a los servicios de emergencia prestados a los residentes del estado de Nueva York (incluyendo los traslados según la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto [Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA]) y a los servicios médicamente necesarios que no sean de emergencia prestados a cualquier residente calificado del área principal de servicios del Hospital. (Consulte el Anexo A adjunto). Los servicios médicos se definen como aquellos servicios cubiertos según el programa de Medicaid del estado de Nueva York.
3. Además de cubrir a las personas sin seguro que podrían calificar, esta Política cubre a las personas que califican y enfrentan gastos médicos extraordinarios, incluyendo copagos, deducibles o coseguros, o que han agotado sus beneficios del seguro médico (entre otros, las cuentas de ahorro para gastos médicos).

## **NewYork-Presbyterian Brooklyn Methodist Hospital**

### **Manual de Políticas y Procedimientos del Hospital**

**Número:**

**Página 2 de 7**

- 
4. Para obtener información sobre los médicos y otros proveedores de servicios del Hospital y sobre la Política de Ayuda Financiera del Hospital, visite [www.nyp.org/brooklyn](http://www.nyp.org/brooklyn). Para obtener una copia impresa de la lista de proveedores, visite [www.nyp.org/brooklyn](http://www.nyp.org/brooklyn), llame al (866) 252-0101 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 del NewYork-Presbyterian Medical Group Brooklyn siguen su propia Política de Ayuda Financiera, que es distinta a la Política de Ayuda Financiera del Hospital, y se puede obtener llamando al (718) 670-1985.
  5. La Ayuda Financiera se considerará después de que se complete y se presente un formulario de solicitud, acompañado de la documentación necesaria. En ciertas circunstancias limitadas que se especifican aquí, se puede dar Ayuda Financiera a los pacientes según los resultados de los ingresos presuntamente calculados por las agencias de crédito o de información especializada.
  6. La Ayuda Financiera se dará después de que se haya determinado si el paciente es elegible para recibir beneficios de Medicaid u otros programas de seguro, cuando sea razonable o apropiado.
  7. Se pueden hacer excepciones a esta Política con 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. Solicitud: plazos/lugar/documentación**

1. El material escrito, incluyendo la solicitud, la Política completa y un resumen en lenguaje sencillo (Resumen), estará a disposición de los pacientes en los idiomas principales del Hospital, previa petición y sin costo, 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/brooklyn](http://www.nyp.org/brooklyn)). Además, la notificación a los pacientes sobre esta Política se hará con la publicación visible de información en el idioma adecuado en las Salas de Emergencia y en los Departamentos de Admisión del Hospital, y con la inclusión de información (en las facturas y los estados de cuenta enviados a los pacientes) que explique que puede haber ayuda financiera para los pacientes que califiquen y cómo obtener más información.
2. El material de la solicitud dejará claro, mediante un aviso a los pacientes, que

---

si se presenta una solicitud completa que incluya la información o documentación necesaria para determinar la elegibilidad según esta Política, el paciente puede no pagar las facturas del Hospital hasta que el Hospital haya tomado una decisión sobre la solicitud.

3. Para solicitar ayuda, los pacientes pueden pedir un formulario de solicitud, completarlo y presentarlo en cualquier momento durante el proceso de facturación y cobros. Las determinaciones relacionadas con dichas solicitudes se enviarán por escrito al solicitante en cuanto se haya presentado la solicitud completa, pero en cualquier caso en los treinta (30) días siguientes a la recepción de dicha solicitud por parte del Hospital. Si se necesita más información del solicitante para determinar su elegibilidad, el Hospital la pedirá en ese plazo de treinta (30) días. Las instrucciones por escrito 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 presentar información o documentación que respalde sus solicitudes, incluyendo, entre otros documentos, la documentación de la información que escribieron en sus formularios de solicitud. Entre los ejemplos de documentación podrían incluirse, entre otros, el recibo de pago, la carta del empleador, si corresponde, y el formulario 1040 del Servicio Tributario (Internal Revenue Service, IRS) para justificar los ingresos.
5. Los activos no se pueden tener en cuenta.
6. El Hospital puede hacer averiguaciones y obtener informes de terceros, como agencias de crédito, sobre ciertos pacientes, para determinar si pueden ser presuntamente elegibles (elegibilidad presunta) para recibir Ayuda Financiera conforme a 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 pagarla ha expirado.
  - e. El paciente no ha solicitado ni completado una solicitud de Ayuda Financiera.
  - f. El paciente ha sido notificado mediante una declaración en una factura de que el Hospital puede obtener un informe de crédito antes de obtener uno.
  - g. Los informes de crédito no se usarán para denegar solicitudes de Ayuda Financiera.

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

## **NewYork-Presbyterian Brooklyn Methodist Hospital**

### ***Manual de Políticas y Procedimientos del Hospital***

**Número:**

**Página 4 de 7**

---

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

#### **B. Proceso de apelaciones**

1. Si un paciente no está satisfecho con la decisión tomada sobre su solicitud de Ayuda Financiera, puede apelar dicha decisión. Para esto, deberá presentar sus razones y la documentación de respaldo al director de Cuentas de Pacientes o a otra persona designada por el Hospital (director) en un plazo de veinte (20) días a partir de la decisión.
2. El director tendrá quince (15) días hábiles para revisar la apelación y responder al paciente por escrito.
3. Si el paciente sigue insatisfecho con la decisión del director, puede apelar dicha decisión por escrito. Deberá incluir los motivos y cualquier documentación de respaldo, y presentar la apelación ante el vicepresidente de Servicios Financieros para Pacientes o ante la persona designada por el Hospital (vicepresidente).
4. El vicepresidente tomará una decisión por escrito en los quince (15) días posteriores a la recepción de la apelación. La decisión del vicepresidente será definitiva.
5. Mientras la apelación esté pendiente, no se hará ninguna actividad de cobros.

#### **C. Proceso de pago**

1. Según los requisitos de esta Política, el Hospital dará atención gratis 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 médico para un servicio particular incluyendo, entre otros, las cuentas de ahorro para la salud, que tengan ingresos por debajo del 600 % del nivel federal de pobreza según se indica en las Directrices Federales de Pobreza para los ingresos no provenientes de actividades agrícolas que se publican anualmente (para determinar la elegibilidad, se usarán las directrices de ingresos vigentes al momento de la recepción de la solicitud completada y no al momento del servicio) según la correspondiente escala variable de tarifas para el año en curso: "Escala variable de tarifas: pacientes hospitalizados y

## NewYork-Presbyterian Brooklyn Methodist Hospital

### Manual de Políticas y Procedimientos del Hospital

Número:

Página 5 de 7

---

ambulatorios” y “Tarifas clínicas de escala variable” (Anexos B-1 y B-3 adjuntos).

2. El Hospital se limitará a cobrar a las personas elegibles para recibir los beneficios del programa de Ayuda Financiera las cantidades generalmente facturadas (Amounts Generally Billed, AGB) por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que les cobra a las personas que tienen seguro. El Hospital calcula las AGB usando el método prospectivo y calcula esa tasa con base en 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. Tras la determinación de la elegibilidad para recibir Ayuda Financiera, no se le puede cobrar a una persona elegible más que las cantidades generalmente facturadas (AGB) por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria. Para determinar las cantidades que se cobran a las personas elegibles para recibir Ayuda Financiera, el Hospital aplicará una metodología de descuento de escala variable a las AGB, de acuerdo con los Anexos B-1, y B-3, basada en el tamaño de la familia y los ingresos de cada persona. Hipotéticamente, solo como ejemplo, si un paciente es elegible para recibir Ayuda Financiera y tiene una familia de 3 personas e ingresos de \$35,000, se le cobraría el 10 % de la tasa de Medicaid vigente (AGB) por la hospitalización de dicho paciente, según 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. Cuando negocia 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 permitirán el pago del saldo adeudado en un plazo de seis (6) meses.
  - b. El período de pago puede extenderse más allá de 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 hace dos pagos a su vencimiento y además no paga en los treinta (30) días siguientes, adeudará la totalidad del saldo.
  - e. Si se cobra interés al paciente, la tasa de interés sobre cualquier saldo pendiente de pago no superará la tasa de 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 cláusula de aceleración o similar que provoque una tasa de interés más alta en un pago atrasado.

## **NewYork-Presbyterian Brooklyn Methodist Hospital**

### **Manual de Políticas y Procedimientos del Hospital**

**Número:**

**Página 6 de 7**

---

4. **Depósitos.** El paciente que busque atención médicamente necesaria y solicite Ayuda Financiera no tendrá que hacer un depósito. Cualquier depósito que el paciente haya hecho antes de enviar una solicitud de Ayuda Financiera se incluirá como parte de cualquier consideración de Ayuda Financiera. Si se determina que dicho paciente es elegible para recibir atención gratis, se devolverá todo el depósito. Si se determina que el paciente es elegible para recibir un descuento, se le devolverá al paciente el saldo del depósito por encima de lo que se determine que el paciente debe al Hospital.
5. El Hospital mantendrá un registro de la cantidad en dólares cobrada como Ayuda Financiera en los sistemas de contabilidad financiera del Hospital, según la ley vigente del Estado de Nueva York.
6. Se desarrollará e implementará un mecanismo para medir el cumplimiento de esta política por parte del Hospital.

#### **D. Educación y concienciación pública**

1. Se instruirá al personal del Hospital sobre la disponibilidad de Ayuda Financiera y sobre cómo orientar a los pacientes para que obtengan más información sobre el proceso de solicitud. En particular, el Hospital dará capacitación sobre esta Política a todo el personal del Hospital que interactúe con los pacientes o que tenga la responsabilidad de facturar y cobrar.
2. La notificación a los pacientes sobre esta Política se hará de manera coherente con el Procedimiento A. 1.
3. El Resumen, que incluye información específica sobre los niveles de ingresos que se usan para determinar la elegibilidad para recibir la ayuda, una descripción del área principal de servicio del Hospital y cómo solicitar la ayuda, así como la Política y el formulario de solicitud para los pacientes se publicarán en el sitio web del Hospital ([www.nyp.org/brooklyn](http://www.nyp.org/brooklyn)).
4. El Hospital comunicará la disponibilidad de la Ayuda Financiera al público en general, a las agencias de salud y servicios humanos de la comunidad local y otras organizaciones locales que ayudan a las personas necesitadas. Entre las medidas tomadas para informar a las organizaciones sin fines de lucro y a las agencias públicas locales están:
  - a. Poner la Política, el Resumen y los formularios de solicitud a disposición de los líderes locales en comités consultivos y consejos de liderazgo de la comunidad, escuelas seleccionadas y organizaciones religiosas en las proximidades de cada campus del Hospital.
  - b. Reunirse con comités locales de la comunidad, organizaciones religiosas, organizaciones de servicios humanos, representantes electos y su respectivo personal para instruirlos sobre la Política.

## **NewYork-Presbyterian Brooklyn Methodist Hospital**

### **Manual de Políticas y Procedimientos del Hospital**

**Número:**

**Página 7 de 7**

- 
- c. Dar 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 cobros**

1. El Hospital implementó prácticas y procedimientos de cobros para promover el acceso de los pacientes a la atención médica de calidad y, al mismo tiempo, para minimizar las deudas incobrables en el NewYork-Presbyterian Brooklyn Methodist Hospital. Estos procedimientos y prácticas tienen por objeto promover las actividades de cobros de deudas por agencias de cobros y abogados en nombre del Hospital, según las misiones, valores y principios fundamentales del Hospital, entre otros, la Política de Ayuda Financiera del Hospital.
2. Las prácticas y los procedimientos de cobros del Hospital se describen en una Política de Cobros separada que es coherente con los requisitos de la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York (Sección 2807-k-9-a) y las regulaciones del Servicio Tributario (Sección 501[r]) del Código del Servicio Tributario. La Política de Cobros está en las Oficinas de Admisión del Hospital o puede verse en el sitio web del Hospital en <http://www.nyp.org/brooklyn> si se hace clic en el botón Financial Aid (Ayuda Financiera), en inglés y otros idiomas.

**RESPONSABILIDAD:** Servicios Financieros para Pacientes

#### **FECHAS DE LA POLÍTICA:**

**Revisada:** febrero de 2018, **mayo de 2020**

**Aprobaciones:** NYP Community Programs, Inc.

## **ANEXO A**

### **Área principal de servicio**

Para el NewYork-Presbyterian Brooklyn Methodist Hospital, el área principal de servicio son los cinco distritos municipales (condados) de la ciudad de Nueva York.



**ANEXO B-1: ESCALA VARIABLE DE TARIFAS: PACIENTES HOSPITALIZADOS Y AMBULATORIOS**

**BASADO EN LAS DIRECTRICES DE POBREZA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS (HEALTH AND HUMAN SERVICES, HHS) PARA INGRESOS NO PROVENIENTES DE ACTIVIDADES AGRÍCOLAS HASTA EL 600 %**

	(Emergency Department, ED) pediátricas: \$0											
	Departamento de Emergencias (ED) de adultos: \$15											
<b>EL PACIENTE PAGA</b>	<b>Paciente hosp./Cirugía ambulatoria/IRM: \$150 Todos los demás procedimientos no clínicos: 5 % de la tasa</b>	<b>0 % de la tasa de Medicaid 20 % de la tasa de Medicaid 55 % de la tasa de Medicaid 90 % de la tasa de Medicaid 100 % de la tasa de Medicaid</b>										<b>TARIFAS DE HOSPITAL SIN DESCUENTO</b>
<b>DIRECT. FED. DE POBREZA, %</b>	<b>100%</b>	<b>101 % a 200 %</b>		<b>201 % a 300 %</b>		<b>301 % a 400 %</b>		<b>401 % a 500 %</b>		<b>501 % a 600 %</b>		<b>&gt; 600 %</b>
<b>TAMAÑO DE LA FAMILIA</b>	<b>&lt; DE O =</b>	<b>&gt; DE</b>	<b>&lt; DE O =</b>	<b>&gt; DE</b>	<b>&lt; DE O =</b>	<b>&gt; DE</b>	<b>&lt; DE O =</b>	<b>&gt; DE</b>	<b>&lt; DE O =</b>	<b>&gt; DE</b>	<b>&lt; DE O =</b>	<b>&gt; DE</b>
1	\$12.760	\$12.760	\$25.520	\$25.520	\$38.280	\$38.280	\$51.040	\$51.040	\$63.800	\$63.800	\$76.560	\$76.560
2	17.240	17.240	34.480	34.480	51.720	51.720	68.960	68.960	86.200	86.200	103.440	103.440
3	21.720	21.720	43.440	43.440	65.160	65.160	86.880	86.880	108.600	108.600	130.320	130.320
4	26.200	26.200	52.400	52.400	78.600	78.600	104.800	104.800	131.000	131.000	157.200	157.200
5	30.680	30.680	61.360	61.360	92.040	92.040	122.720	122.720	153.400	153.400	184.080	184.080
6	35.160	35.160	70.320	70.320	105.480	105.480	140.640	140.640	175.800	175.800	210.960	210.960
7	39.640	39.640	79.280	79.280	118.920	118.920	158.560	158.560	198.200	198.200	237.840	237.840
8	44.120	44.120	88.240	88.240	132.360	132.360	176.480	176.480	220.600	220.600	264.720	264.720
Por cada persona adicional, agregar:	4.480											\$26.880

Fuente: Aviso del Registro Federal para las Directrices de Pobreza de 2020, publicado el 17 de enero de 2020

**\*CONSULTAS DE PACIENTES AMBULATORIOS NO CLÍNICAS Y CONSULTAS A LA CLÍNICA DENTAL: LAS REDUCCIONES SE CALCULAN CON UN DESCUENTO DE LAS TASAS DE MEDICAID PARA LAS TARIFAS POR SERVICIO**

**\*HOSPITALIZACIONES: LAS REDUCCIONES SE CALCULAN A PARTIR DE TARIFAS MÁS BAJAS O DE LOS GRUPOS RELACIONADOS DE DIAGNÓSTICO (DIAGNOSIS RELATED GROUP, DRG) DE MEDICAID**

### ANEXO B-3: TARIFAS CLÍNICAS DE ESCALA VARIABLE

**BASADO EN LAS DIRECTRICES DE POBREZA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS (HEALTH AND HUMAN SERVICES, HHS) PARA INGRESOS NO PROVENIENTES DE ACTIVIDADES AGRÍCOLAS HASTA EL 600 %**

CATEGORÍA	A		B		C		D		E		F		W
TARIFA POR CONSULTA	Clínica pediátrica/prenatal: 0 Clínica para adultos: \$10		\$13		\$27		\$74		\$120		\$135		SIN DESCUENTO
DIRECT. FED. DE POBREZA, %	100%		101 % a 200 %		201 % a 300 %		301 % a 400 %		401 % a 500 %		501 % a 600 %		> 600 %
Tamaño de la familia Ingresos	< DE O =	> DE	< DE O =	> DE	< DE O =	> DE	< DE O =	> DE	< DE O =	> DE	< DE O =	> DE	> DE
1	\$12.760	\$12.760	\$25.520	\$25.520	\$38.280	\$38.280	\$51.040	\$51.040	\$63.800	\$63.800	\$76.560	\$76.560	\$76.560
2	17.240	17.240	34.480	34.480	51.720	51.720	68.960	68.960	86.200	86.200	103.440	103.440	103.440
3	21.720	21.720	43.440	43.440	65.160	65.160	86.880	86.880	108.600	108.600	130.320	130.320	130.320
4	26.200	26.200	52.400	52.400	78.600	78.600	104.800	104.800	131.000	131.000	157.200	157.200	157.200
5	30.680	30.680	61.360	61.360	92.040	92.040	122.720	122.720	153.400	153.400	184.080	184.080	184.080
6	35.160	35.160	70.320	70.320	105.480	105.480	140.640	140.640	175.800	175.800	210.960	210.960	210.960
7	39.640	39.640	79.280	79.280	118.920	118.920	158.560	158.560	198.200	198.200	237.840	237.840	237.840
8	44.120	44.120	88.240	88.240	132.360	132.360	176.480	176.480	220.600	220.600	264.720	264.720	264.720
Por cada persona adicional, agregar:	4.480												26.880

Fuente: AVISO del Registro Federal para las Directrices de Pobreza de 2020, publicado el 1/17/20

## **Anexo C**

NewYork-Presbyterian Brooklyn Methodist Hospital