

Política de Ayuda Financiera/ Atención de Caridad

Helen Hayes Hospital (HHH) está comprometido a prestar diversas clases de ayuda financiera a los pacientes no asegurados y subasegurados elegibles que hayan recibido servicios médicos en HHH y residan en el área de servicios primarios de HHH, que incluye los condados de Rockland, Orange, Putnam y Westchester del estado de Nueva York. La ayuda financiera incluye un rango de beneficios que va desde atención gratuita/de caridad, atención estratificada con descuento hasta ayuda con las obligaciones del seguro. Conforme a nuestra misión y los requerimientos estatales y federales, HHH se esfuerza por asegurar que la capacidad financiera de las personas que necesitan servicios de atención médica no les impida pedir o recibir atención. Esta política ayuda a:

1. Definir cómo se determina que los pacientes son elegibles para los fondos de caridad y cómo se puede solicitar la ayuda financiera de acuerdo con la Política de No-discriminación de Pacientes del HHH y las regulaciones del IRS.
2. Estandarizar el procedimiento para evaluar la elegibilidad de un paciente/familia para la ayuda financiera.
3. Estandarizar los procedimientos de cobro y facturación en función de las condiciones de elegibilidad acordes con las pautas federales/estatales.

ALCANCE/PERSONAL:

Todo el personal de HHH y los pacientes y familias de HHH.

DEFINICIONES:

Cuenta por cobrar (AR): reembolsos debidos a Helen Hayes Hospital a cambio de atención y servicios que se han prestado o usado, pero aún no se han pagado.

Deuda incobrable: se reconoce como el monto contractualmente obligado y reconocido como ingreso para el cual todos los medios de cobro se han agotado. Se reconoce una deuda incobrable cuando la reclamación tiene (1) evidencia generalizada de un acuerdo/autorización de pago, hoja de tarifas o contrato (2) se han prestado los servicios (3) el precio es fijo y determinable (4) la cobrabilidad está razonablemente garantizada.

Atención de caridad: programa de descuento de HHH para servicios médicamente necesarios no elegibles para otras coberturas (p. ej.: Programa de Atención a Indigentes del Hospital de Nueva York o Medicaid, seguro comercial).

Medidas de Cobro Extraordinario (ECA): las ECA son medidas adoptadas por el centro hospitalario. El centro hospitalario se presentará a la Oficina del Fiscal General en el lugar para tomar medidas contra un individuo en relación a la obtención del pago de una factura de atención cubierta por la FAP del centro del hospital que requiere un proceso jurídico o judicial (excepto ciertos gravámenes o reclamaciones de quiebra), que implique vender la deuda de un individuo a otra parte, a menos que estén en pie ciertos términos contractuales, o implique la provisión de información adversa

sobre un individuo al crédito al consumidor. La política del hospital prohíbe forzar la venta o ejecutar la hipoteca de la residencia principal de un paciente para cobrar una factura médica pendiente. La política del hospital prohíbe cualquier forma de aceleración prohibida por la Ley de Salud Pública 2807-k(9-a), párrafo h0 del Estatuto de la FAL. Ningún plan incluirá un acelerador o cláusula similar por la cual se genere una tasa de interés mayor sobre un pago atrasado.

Política de Ayuda Financiera (FAP): política del hospital que describe lo siguiente:

- Las normas de elegibilidad para la ayuda financiera y si dicha ayuda incluye atención gratuita o con descuento;
- Ayuda financiera y descuentos disponibles para individuos elegibles;
- Bases para calcular los montos cobrados a los pacientes;
- Método para pedir ayuda financiera; apelación y proceso de denegación y
- Lista de cualquier proveedor que proporcione atención en el hospital y cuáles, si los hubiera, están cubiertos por la FAP del centro y cuáles no.

Nivel federal de pobreza (FPL): medida del nivel de ingresos expedida anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Los niveles federales de pobreza se usan para determinar la elegibilidad para ciertos programas y beneficios. Las Pautas Federales de Pobreza se publican anualmente por el Gobierno Federal.

Ciudadano extranjero: ciudadanos no estadounidenses que están residiendo o de visita en EE.UU., y necesitan servicios médicos.

Garante: tercera parte responsable de pagar la factura del paciente.

Resumen de cuenta del garante: factura de la atención prestada. Es un resumen de la información de facturación y pagos de las cuentas del paciente vinculadas a un garante.

Ingresos: incluye todas las ganancias informadas en el último FORMULARIO 1040 Declaración del impuesto federal sobre la renta.

Activos líquidos: activos que se pueden convertir en efectivo en un período de tiempo relativamente breve, generalmente en un plazo de 30 días. Esto incluye, entre otros, cuentas corrientes, cuentas de ahorro, cuentas fiduciarias (si los fondos están disponibles de inmediato) y valor en efectivo de un seguro de vida, Certificados de Depósitos (CD) de corto plazo, ingresos por sociedad mantenidos en reserva. Las cuentas de jubilación y Anualidades para Impuestos Protegidos son recursos líquidos, si el solicitante puede retirar fondos de la cuenta sin penalidad. Esto también incluiría fondos obtenidos mediante filantropía o fuentes externas de recaudación de fondos a favor de la atención del paciente.

Emergencia médica: lesión o enfermedad que es aguda y supone un riesgo inmediato para la vida o la salud a largo plazo de una persona.

Necesidad médica: se considerará que un servicio cubierto es médicamente necesario si, de manera compatible con los estándares aceptados de la práctica médica proporcionadas en Helen Hayes Hospital, se determina que es igualmente eficaz entre otras opciones menos conservadoras y más costosas de tratamiento, y cumple con al menos uno de los siguientes criterios:

- El servicio evitará o diagnosticará (o se prevé razonablemente que lo haga) la aparición de una enfermedad, afección, discapacidad principal o discapacidad secundaria;
- El servicio curará, corregirá, reducirá o aliviará (o se prevé razonablemente que lo haga) los efectos físicos, mentales, cognitivos o relacionados al desarrollo de una enfermedad, lesión o

discapacidad;

- El servicio disminuirá o aliviará (o se prevé razonablemente que lo haga) el dolor o el sufrimiento causado por una enfermedad, lesión o discapacidad;
- El servicio ayudará (o se prevé razonablemente que lo haga) al individuo a lograr mantener su capacidad funcional máxima para realizar las actividades de la vida diaria.

Cargos no cubiertos: gastos incurridos que se consideran beneficios no cubiertos por parte de la aseguradora del paciente/garante.

Pago por cuenta propia: el paciente no tiene medios de cobertura de terceros para un servicio ofrecido por Helen Hayes Hospital.

POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA:

1. Helen Hayes Hospital ofrece ayuda financiera para servicios médicos clínicamente necesarios:
2. Elegibilidad de caridad:
 - Los ingresos del o los solicitantes deben estar por debajo del 300% de las pautas federales de pobreza. La información provista aquí fue actualizada en 2021 y se actualiza anualmente. El o los solicitantes debe(n) proveer la declaración de impuestos más actual, así como también las facturas mensuales u obligaciones financieras para que se consideren para la ayuda financiera.
 - El financiamiento de la atención de caridad para la atención que no sea de emergencia está disponible para pacientes residentes de EE.UU. que residen en el área de servicios primarios de HHH, que incluye los condados de Rockland, Orange, Putnam y Westchester del estado de Nueva York. Los no-residentes de Nueva York y los residentes indocumentados de Nueva York pueden ser elegibles, pero requieren la posterior aprobación del director general (CEO) del hospital y del director operativo (COO) del hospital.
 - La atención de caridad puede actuar como un pagador secundario, si el paciente tiene cobertura comercial. La cobertura secundaria puede posibilitar una reducción en el monto de los copagos, deducibles y coaseguro. Además, la atención de caridad se puede usar también en los casos donde se han agotado los beneficios del seguro y los servicios son considerados médicamente necesarios.
 - Para determinar la elegibilidad, es obligatorio presentar la información requerida:
 - a. La información que puede requerirse para determinar la elegibilidad de la atención de caridad se enumera en la solicitud;
 - b. Si la atención de caridad se usará para cubrir fechas pasadas de servicio, el paciente/familia deben indicar la petición de ayuda en la solicitud.
 - Período de la solicitud:
 - a. La solicitud se debe completar en un período de 120 días a partir de la fecha en que se provee el primer estado de facturación posterior al alta por la atención prestada. No se considerarán los servicios prestados 120 días antes de la solicitud;
 - b. Si se entrega una solicitud incompleta dentro del período de solicitud, el individuo tendrá 30 días para completar la solicitud antes de que apliquen las ECA. Si ya se han iniciado las ECA, HHH detendrá las ECA durante un período de 30 días. En ese momento, se informará al individuo acerca de la información faltante y cómo obtener ayuda;
 - c. Si se recibe una solicitud completa, las ECA se suspenderán hasta que se tome una determinación y, si se decide que el individuo es elegible, se revertirán las ECA, se realizarán los reembolsos, si hubiera alguno, y, en caso de que todavía se deban montos, se proporcionará un estado de cuenta que indique cómo se determinó ese monto;
 - d. Se enviará una carta de determinación de la solicitud al paciente/solicitante en un plazo de 30 días.

3. Los pacientes elegibles para la atención de caridad deben completar una solicitud e incluso deben:
 - a. Notificar a HHH si surge un cambio en el estado de la cobertura financiera y/o médica; el no hacerlo puede resultar en la cancelación del programa de atención de caridad;
 - b. Proveer el documento de determinación de Atención de Caridad expedido para cada visita.
4. Criterios de inelegibilidad para la Atención de Caridad: los pacientes no son elegibles para la atención de caridad cuando surgen las siguientes situaciones:
 - a. HHH determina o identifica que el paciente/familia proporcionó información falsificada;
 - b. El paciente/familia no realiza la petición ni provee la información requerida en los marcos de tiempo especificados que se mencionan con anterioridad;
 - c. Cuando los servicios son para ciertos servicios especializados y especialidades que normalmente no están cubiertos:
 - * Trasplantes, que requieren una evaluación clínica para atención que no es de emergencia, para asegurarse que el paciente pueda cumplir los requerimientos médicos posteriores al trasplante;
 - * Servicios denegados por pagadores debido a un incumplimiento del miembro (p.ej.: coordinación de beneficios no entregada);
 - * Sservicios en investigación.
5. Si se recibe una denegación, el paciente tiene derecho a completar una Apelación y presentar información adicional al hospital para una reconsideración. La carta de denegación explicará el proceso de apelación. El hospital enviará una respuesta a una apelación en un plazo de 30 días.
6. El Director General (CEO)/Director de Operaciones (COO) tiene la máxima autoridad para determinar que el centro hospitalario ha hecho lo razonablemente posible para determinar si un individuo es elegible para recibir ayuda financiera/atención de caridad.

BILLING AND COLLECTION POLICY:

1. HHH intentará obtener el pago de cuentas con saldos de pagos por cuenta propia (a saber, responsabilidad del paciente). HHH no toma parte en las medidas de cobro extraordinario (ECA) antes de haber hecho lo razonablemente posible para decidir si la ayuda financiera está disponible y/o se hayan tomado iniciativas para realizar el cobro. Cualquier estado de cuenta detallado requerido por el garante se proveerá en un plazo de diez (10) días a partir de la petición, conforme a la regulación del estado de Nueva York. El hospital no hace descuentos basados en la atención de caridad a los pacientes que no cumplen con los Niveles Federales de Pobreza.
2. HHH hará lo razonablemente posible para notificar a los pacientes y familias sobre la FAP a través de los siguientes métodos:
 - Letreros en admisiones, registros, ascensores y en los tableros informativos para pacientes. Se incluirá información educativa por escrito en todas las carpetas de folletos para pacientes y se harán menciones verbales cuando se realicen los registros. También se pueden encontrar detalles específicos claros en el sitio web del hospital, que incluye una explicación completa del programa de ayuda financiera/atención de caridad, la política del hospital sobre el programa, la solicitud y los detalles completos sobre qué debe completar y de qué manera en la solicitud, y dónde comunicarse para pedir ayuda si la necesita;
 - HHH se abstendrá de iniciar medidas de cobro extraordinario, a menos que lo autorice el CEO/COO.
 - HHH enviará al menos 3 notificaciones mensuales al garante de una cuenta que informe un saldo adeudado.
 - a. La Primera Notificación informa al garante que existe un saldo adeudado;
 - b. La Segunda Notificación recuerda al garante que sigue existiendo un saldo adeudado;
 - c. La Notificación Final notifica al garante que tiene treinta (30) días para solucionar la

deuda o se pueden aplicar las ECA sobre la deuda, y especificará en las ECA qué medidas tiene pensadas tomar HHH.

d. Después de que se hayan enviado tres (3) notificaciones de facturación y no se haya recibido ningún pago en un plazo de treinta (30) días de la Notificación Final, la cuenta puede considerarse una Deuda Incobrable y pueden aplicarse las ECA.

* Las cuentas reúnen los requisitos de una Deuda Incobrable cuando no se han pagado los saldos del paciente (a saber, pago por cuenta propia) y el hospital hizo esfuerzos razonables, como, por ejemplo, llamadas telefónicas, estados de cuenta o cartas, para decidir si el individuo es elegible para recibir Ayuda Financiera.

* Las cuentas de Deuda Incobrable se pueden colocar con una Agencia de Cobros para la tramitación ulterior de los pagos no resueltos.

* Si se han adoptado todas las demás opciones para cobrar los pagos y una cuenta de Deuda Incobrable ha cumplido más de sesenta (60) días sin contacto del garante o el garante se niega a resolver la deuda, se pueden iniciar acciones legales, **SOLO CON AUTORIZACIÓN DEL CEO/COO.**

3. Inicio de una Solicitud de Ayuda Financiera:

- El plazo de solicitud para la ayuda financiera no finalizará antes de los 120 días a partir de la factura posterior a la primera visita.

4. Todas las partes involucradas en las medidas de cobro para HHH cumplirán con esta política.

INFORMACIÓN GENERAL:

1. Para preservar la responsabilidad de HHH de cubrir las necesidades de atención médica de la comunidad, las personas no aseguradas o subaseguradas que soliciten servicios médicamente necesarios programados serán evaluadas financieramente antes de que se presten los servicios. HHH no ofrece servicios médicos de emergencia.
2. HHH no participará en ni avalará las actividades (incluido el acceso a los medios) relacionadas a intentos de recaudación de fondos destinados a pagar la atención de un paciente en particular.
3. El Programa de Atención de Caridad de HHH no es responsable del alojamiento, comida, transporte, estado migratorio o continuación de la atención.
4. HHH está disponible para prestar ayuda con la presentación de la solicitud para la Atención de Caridad. Usted puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes al 845-786-4786.
5. HHH no está obligado a prestar Atención de Caridad para servicios médicos que están fuera de su alcance de servicios clínicos.
6. HHH actúa conforme con el 26 CFR 1.501(r)-0 a 26 CFR 1.501(r)-7.

MONTOS GENERALMENTE FACTURADOS (AGB):

HHH limita la cantidad que se cobra por la atención prestada a cualquier individuo que sea elegible para recibir ayuda conforme a su Política de Ayuda Financiera (FAP). Los montos facturados para los servicios médicamente necesarios a los pacientes elegibles para recibir Ayuda Financiera se calculan en función del método prospectivo, y no serán mayores a los montos que generalmente se facturan a un individuo con un seguro que cubre dicha atención. HHH usará la última tarifa publicada de Medicaid en vigor al momento en que se prestaron los servicios en relación al período de servicio.

INFORMACIÓN DE PROVEEDORES:

Las evaluaciones financieras realizadas serán aplicables a los gastos profesionales, los proveedores cubiertos por la FAP de HHH incluyen los servicios completos de la Parte A (HHH) y la Parte B (médico). HHH no realiza contratos ni facturaciones con agrupaciones externas de médicos.

AYUDA Y MÉTODOS PARA PRESENTAR LA SOLICITUD:

1. Las solicitudes y la ayuda para completar las solicitudes se encuentran disponibles de manera gratuita:
 - En el recinto de HHH ubicado en Route 9W, West Haverstraw, NY 10993
 - Llamando a Servicios Financieros para Pacientes/Cuentas de Pacientes al (845) 786-4786
 - Visitando el sitio web de Helen Hayes Hospital.

DOCUMENTOS RELACIONADOS/REFERENCIA:

1. 26 CFR 1.501 (r)-0 through 26 CFR 1.501 (r)-7
2. https://apps.irs.gov/app/vita/content/globalmedia/teacher/Poverty_guidelines_aca_4012.pdf
3. Sitio web de HHH para:
 - A. La Solicitud
 - B. La política Common Read del sitio web del Programa de Atención de Caridad de HHH con los montos del nivel de pobreza actualizados anualmente.