

**Mount Sinai South Nassau
1 Healthy Way, Oceanside, NY 11572**

Política de Ayuda Financiera

TÍTULO: *Programa de Ayuda Financiera para Pacientes Hospitalarios sin seguro y subasegurados*

I. Objetivo/Resultado esperado:

Esta Política de Ayuda Financiera (FAP) está destinada a abordar el doble interés de proporcionar acceso a la atención médica a aquellas personas sin la capacidad de pagar y ofrecerles una tarifa reducida a aquellos que pueden pagar una parte de los costos de su atención médica. Esta política establece el marco básico de un Programa de Ayuda Financiera y los procesos para determinar la elegibilidad para la ayuda financiera que se aplicará al Hospital (como se define a continuación). Una vez adoptada por el Directorio del Hospital, esta política constituirá la Política de Ayuda Financiera oficial (en el sentido de la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos de 1986, y sus modificaciones, la Sección 1.501(r) de las reglamentaciones del Servicio de Impuestos Internos promulgada en virtud del Código y según la Ley de Salud Pública de Nueva York) para el Hospital.

II. Definiciones:

A. Montos Generalmente Facturados (AGB): significa los montos que generalmente se facturan para los Servicios Cubiertos proporcionados a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención, reducidos a la tarifa actual de Medicare mediante el método potencial. El método potencial significa usar el proceso de facturación y codificación que usaría el Hospital si la persona elegible para la FAP (tal como se define) fuera un beneficiario de pago por servicios prestados de Medicare, y establecer los AGB por la atención médica en el monto que el Hospital determine que sería el monto total que permitiría Medicare para la atención médica (incluido el monto que sería reembolsado por parte de Medicare y el monto que el beneficiario sería responsable de pagar en la forma de copagos, coseguros y deducibles).

B. Servicios Cubiertos: significa la Atención Médica de Emergencia u otros Servicios Médicamente Necesarios proporcionados a los pacientes hospitalizados y ambulatorios del Hospital. Los pacientes que residen en el Estado de Nueva York y necesitan servicios de emergencia pueden recibir atención y calificar para un descuento si cumplen con determinados niveles, según se describe a continuación. Los pacientes que residen en el condado de Nassau, Suffolk y los cinco condados que conforman la Ciudad de Nueva York pueden calificar para un descuento en Servicios Médicamente Necesarios que no sean de emergencia, si cumplen con determinados niveles de ingresos descritos a continuación.

C. Afección Emergente: significa una afección médica originada a partir del inicio repentino de un trastorno con síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido el dolor intenso) que, en ausencia de atención médica inmediata, tienen probabilidades razonables de poner en grave riesgo la salud del paciente y dar como resultado una discapacidad grave de las funciones corporales o una importante disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo.

D. Atención Médica de Emergencia significa la atención médica que se solicita para las Afecciones Emergentes conforme a la Ley de Trabajo y Tratamiento Médico de Emergencia, el artículo 1867 de la Ley de Seguridad Social (título 42, sección 1395dd del U.S.C.) para las personas, independientemente de su elegibilidad para la Asistencia Financiera en esta política. Más específicamente, la Atención Médica De Emergencia se refiere a los servicios que se deben proporcionar según el subcapítulo G del Capítulo IV, en el Título 42, del Código de Reglamentaciones Federales y el artículo 1.501(r)-4(c) de las Normas del Departamento del Tesoro (o cualquier otra reglamentación subsiguiente), en la medida en que tales normas sean aplicables a Mount Sinai South Nassau.

E. Persona Elegible para la FAP: denota una persona elegible para la ayuda financiera según esta Política, sin perjuicio de si la persona ha solicitado ayuda financiera.

F. Hospital: significa Mount Sinai South Nassau y Oceanside Counseling Center.

G. Medicamento Necesario: significa aquellos servicios necesarios para prevenir, diagnosticar, corregir o curar las afecciones de una persona que causan sufrimiento agudo, ponen en riesgo la vida, dan como resultado una enfermedad o dolencia, interfieren con su capacidad para realizar actividades normales o podrían ocasionar discapacidades significativas.

H. Tasa de Pago Nominal: significa las tasas nominales para las categorías de servicios principales que fueron especificadas por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (NYSDOH) en un anexo a la carta del Director General del Hospital con fecha de mayo de 2009.

I. Servicios Financieros del Paciente (PFS): significa la unidad operativa del Hospital responsable de facturar y cobrar las cuentas de pagos particulares para los servicios hospitalarios.

J. Resumen en Lenguaje Sencillo de la FAP (PLS): significa una declaración por escrito que notifica a la persona de que las instalaciones del Hospital ofrecen ayuda financiera según la FAP y proporciona la información necesaria en un lenguaje claro, conciso y fácil de entender.

Criterio de Elegibilidad para la Ayuda Financiera/Pautas para el Pago Nominal:

Los Servicios Cubiertos elegibles según esta política estarán disponibles para el paciente de acuerdo con la necesidad económica, como se determina en relación con los Niveles de Pobreza Federales (FPL) en vigencia en el momento de la resolución.

Los pacientes cuyo ingreso es igual o inferior al 400% de las Pautas del Nivel de Pobreza Federal son elegibles para la ayuda financiera en los niveles especificados en la tabla a continuación. Una vez recibida una solicitud completa de ayuda financiera, el Hospital suspenderá las actividades de facturación y cobro hasta que se haya tomado y comunicado una decisión final.

2024 FEDERAL POVERTY LEVEL GUIDELINES

HOUSEHOLD SIZE	AT OR	GREATER THAN	UP TO	GREATER THAN	UP TO	GREATER THAN	UP TO	GREATER THAN	UP TO	GREATER THAN	UP TO	GREATER THAN
	< 100%	100%	125%	125%	150%	150%	200%	200%	250%	250%	400%	400%
1	15,060	15,060	18,825	18,825	22,590	22,590	30,120	30,120	37,650	37,650	60,240	60,240
2	20,440	20,440	25,550	25,550	30,660	30,660	40,880	40,880	51,100	51,100	81,760	81,760
3	25,820	25,820	32,275	32,275	38,730	38,730	51,640	51,640	64,550	64,550	103,280	103,280
4	31,200	31,200	39,000	39,000	46,800	46,800	62,400	62,400	78,000	78,000	124,800	124,800
5	36,580	36,580	45,725	45,725	54,870	54,870	73,160	73,160	91,450	91,450	146,320	146,320
6	41,960	41,960	52,450	52,450	62,940	62,940	83,920	83,920	104,900	104,900	167,840	167,840
7	47,340	47,340	59,175	59,175	71,010	71,010	94,680	94,680	118,350	118,350	189,360	189,360
8	52,720	52,720	65,900	65,900	79,080	79,080	105,440	105,440	131,800	131,800	210,880	210,880
EACH ADDITIONAL	5,380	5,380	6,725	6,725	8,070	8,070	10,760	10,760	13,450	13,450	21,520	21,520
Patient Liability: Lesser of Total Chgs or % of Medicare Rate	Free	10%		20%		50%		60%		75%		100%

Source: Federal Register, 89 FR 2961, Pages 2961-2963, January 11, 2024. Publication date 01/17/2024

Se espera que los pacientes que pueden beneficiarse de un descuento de AGB a pagar al menos la tasa de pago nominal de las principales categorías de servicios siguientes (incluye recargo estatal de Nueva York):

Pautas para el Pago Nominal	
Servicios para pacientes hospitalizados	\$164.44 por internación
Cirugía ambulatoria	\$164.44 por procedimiento
Prueba de imagen por resonancia magnética (MRI)	\$164.44 por procedimiento
Sala de emergencias para adultos/Servicios clínicos	\$16.44 por consulta
Sala de emergencias prenatal y pediátrica/Servicios clínicos	Sin cargo

Se tendrá en consideración al proporcionar ayuda financiera caso por caso respecto de aquellos pacientes que han agotado los beneficios de su seguro o que han excedido sus criterios de elegibilidad financiera, pero que enfrentan costos médicos extraordinarios, incluidos deducibles, coseguros y copagos.

Esta política no cubre las facturas de servicios de médicos que no están en planta permanente, salvo que dichos servicios profesionales estén incluidos en la factura del Hospital por sus servicios. Hay una lista de proveedores de atención médica en el Hospital que NO están cubiertos por esta política disponible en el sitio web del Hospital en <https://www.southnassau.org/sn/financial-assistance-program> y en el Departamento de Ayuda Financiera. Se actualiza trimestralmente.

Ayuda Financiera: método para postularse:

Cualquier paciente, familiar, amigo cercano o socio (sujeto a las leyes de privacidad aplicables) puede pedir una solicitud de ayuda financiera en cualquier área de registro de Mount Sinai South Nassau o en el Departamento de Ayuda Financiera durante el horario laboral habitual. Estos documentos también se pueden obtener por correo postal o solicitud por escrito al Departamento de Ayuda Financiera o por teléfono al 516-632-3979. Las solicitudes de ayuda financiera se proporcionarán en persona, por correo postal o por correo electrónico.

La ayuda financiera no se considera un sustituto de la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos del Hospital para obtener ayuda financiera u otras formas de pago, y que contribuyan con el costo de su atención según su capacidad individual para pagar. Las personas con capacidad financiera para comprar un seguro médico serán alentadas a hacerlo. A los pacientes que pueden ser elegibles para Medicaid u otros seguros de salud pública se les solicita que cooperen y soliciten dicho seguro.

Los pacientes tendrán doscientos cuarenta días (240), a partir de la fecha de la primera factura posterior al alta, para que completen la solicitud de ayuda financiera. El Hospital podrá no aplicar el período de 240 días si el paciente puede demostrar un buen motivo por la demora en la presentación. Todas las presentaciones posteriores al plazo deberán contar con la aprobación del Director de Servicios Financieros del Paciente.

Las solicitudes completas deberán ser devueltas al Departamento de Ayuda Financiera personalmente o por correo habitual.

Las solicitudes enviadas pero incompletas (es decir, que no se proporcionó toda la información o los documentos exigidos) se devolverán al paciente con una explicación acerca de la información o los documentos que faltan y se le notificará al paciente que tendrán un plazo razonable (es decir, no menor a 30 días) para volver a enviar la solicitud con la información o los documentos faltantes. También se proporcionará una copia del PLS, un aviso de posibles ECA y la información de contacto para el Departamento de Ayuda Financiera. El plazo razonable depende de hechos y circunstancias en particular, por ejemplo, la cantidad de información o documentos adicionales que se soliciten.

Las solicitudes completas serán procesadas por los Asesores de Ayuda Financiera en el Departamento de Ayuda Financiera. El Hospital deberá emitir una aprobación o denegación por escrito (incluido el proceso de apelación) al paciente dentro de los treinta días (30) de la recepción de una solicitud completa.

Requisitos de documentación:

Se debe proporcionar información sobre todas las personas en el hogar al Departamento de Ayuda Financiera, junto con la siguiente documentación:

- Una identificación válida con foto junto con un comprobante de su dirección. Ejemplo: Licencia de conducir, pasaporte, factura de servicios actual o impuesto inmobiliario.

- Comprobante de ingresos de los últimos 3 meses.
Ejemplos: talones de pago, comprobantes de Seguridad Social, cheques de desempleo, una carta de un grupo de colaboración, una declaración del empleador en el membrete de la empresa con información sobre los ingresos.

Presunta Elegibilidad para la Ayuda Financiera:

Hay casos en los que un paciente puede parecer elegible para la ayuda financiera, pero el proceso formal de solicitud y los requisitos de documentación no se completaron. Para estos casos, el Hospital puede utilizar fuentes externas de información de proveedores de software (Transunion, Global DCS; etc.) para ayudar a calcular los ingresos del paciente y determinar la presunta elegibilidad financiera. La presunta elegibilidad se puede basar en una elegibilidad previa para la FAP o también puede determinarse sobre la base de circunstancias de vida individuales, que pueden incluir:

1. Programas de recetas médicas financiadas por el estado;
2. Personas que viven en la calle o que reciben atención de una clínica para personas que viven en la calle;
3. Participación en los Programas para Mujeres, Bebés y Niños (WIC);
4. Elegibilidad para cupones de alimentos;
5. Elegibilidad para el programa de almuerzos escolares subsidiados;
6. Paciente califica para Medicaid pero Medicaid no pagara por el servicio (ejemplo: Excedentes de Medicaid, los servicios no urgentes prestados a personas indocumentadas, etc.)
7. Viviendas de bajos ingresos o subsidiadas se proporcionan como una dirección válida;
8. Si el paciente fallece sin tener un patrimonio reconocido.

Si el paciente se presume elegible para una ayuda menor a la más generosa disponible, el Hospital notificará al paciente respecto de las condiciones para determinar la presunta elegibilidad de la FAP y la manera de postularse para una ayuda más generosa disponible según la FAP. El Hospital también le dará al paciente un plazo razonable para que se postule para una ayuda más generosa antes de iniciar las Medidas de Cobro Extraordinarias (ECA) (como se definen a continuación) para obtener un descuento en el importe adeudado por los servicios cubiertos.

Proceso de Denegaciones o Apelaciones:

Los pacientes serán notificados si se rechazan las solicitudes de la FAP. Dichas notificaciones incluirán una descripción del proceso de apelación y la información de contacto del Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Si el paciente no está satisfecho con la resolución, puede presentar una solicitud por escrito o en forma verbal para apelar al Director de Servicios Financieros del Paciente. El Director de Servicios Financieros para el Paciente revisará la solicitud y la documentación respaldatoria, y tomará una determinación en un plazo de 60

días. El Director Financiero, el Vicepresidente Financiero o el Director de Servicios Financieros para el Paciente deben aprobar dichas resoluciones.

Puntos Básicos para Calcular los Montos Generalmente Facturados:

El Hospital ha adoptado la tarifa de Medicare como Monto Generalmente Facturado (AGB) mediante el método potencial, como se define en las reglamentaciones del IRS, en el Título 26, sección 1.501(r)-5 del CFR. Como tal, una vez que se determina que un paciente es elegible para la ayuda financiera, el saldo de la cuenta de los pacientes se ajustará al programa vigente de tarifas de Medicare, y se enviará al paciente una factura revisada que muestre el descuento.

Comunicación del Programa de Ayuda Financiera:

El Hospital publica folletos y anuncios que describen la disponibilidad de la ayuda financiera en inglés y en español en ubicaciones bien visibles en toda la organización, incluida la sala de emergencias, el Departamento de Ayuda Financiera, Admisión y otras áreas de registro de pacientes ambulatorios que se encuentran en los campus de las instalaciones y en otros lugares públicos. Además, los pacientes serán notificados de esta política como parte del paquete de internación para pacientes internados y por medio de carteles visibles cuando se registran para los servicios de pacientes ambulatorios.

El PLS se debe ofrecer a los pacientes al momento de la internación o cuando se le da el alta, también en cada factura que notifique a los pacientes acerca de las posibles ECA (como se definen a continuación). Se debe incluir un aviso visible sobre la existencia de la FAP en todas las facturas de los clientes, junto con el número de teléfono del Departamento de Ayuda Financiera y la dirección del sitio web del Hospital. <https://www.southnassau.org/sn/financial-assistance-program>

El sitio web del Hospital también tiene un vínculo a la FAP, el formulario de solicitud y el PLS. Las publicaciones del sitio web establecen visiblemente que la descarga de estos materiales es gratuita, y no se necesita que los pacientes creen una cuenta o proporcionen información de identificación personal. Por ende, los pacientes están bien notificados que pueden recibir una copia gratuita de esta política, el PLS o una solicitud para ayuda financiera.

Como parte de una orientación para los empleados, todo el personal del Hospital está al tanto de la FAP del Hospital. El personal que interactúa con los pacientes o tiene la responsabilidad de realizar la facturación y el cobro está capacitado sobre la implementación de esta política. Este personal incluye, entre otros, a los representantes de Acceso al Paciente, asesores financieros, representantes de Servicios Financieros del Paciente, trabajadores sociales, administradores de casos clínicos, capellanes y patrocinadores religiosos.

También se difunde ampliamente la disponibilidad de la ayuda financiera a los integrantes de la comunidad a la que el Hospital prestó servicios por varios medios, que pueden incluir, entre otros los siguientes:

- incluir un aviso visible en el boletín informativo del Hospital, que se envía por correo a las personas en la base de datos de pacientes del Hospital, para informar a los lectores que el Hospital ofrece ayuda financiera, y proporcionar información de contacto.

Política de Cobro y Medidas de Cobro Extraordinarias (ECA):

Las medidas que tomará el Hospital en caso de incumplimiento en el pago se describen en la política del Hospital denominada: "Servicios Financieros para el Paciente: Política de Facturación y Cobro para las Cuentas de Pagos Particulares". Una copia gratuita de esta política está disponible en el sitio web del Hospital en <https://www.southnassau.org/sn/financial-assistance-program>, y también se puede obtener en el Departamento de Ayuda Financiera.

Traducción:

La Política de Ayuda Financiera de Mount Sinai South Nassau, el formulario de solicitud y un resumen de la FAP en lenguaje sencillo están actualmente disponibles en inglés y en español.

Esta Política de Ayuda Financiera fue adoptada por COLOCAR EL DIRECTORIO el 01 de diciembre de 2015.