

**MOUNT SINAI SOUTH NASSAU**  
**1 Healthy Way, Oceanside, NY 11572**

**TÍTULO DE LA PÓLIZA:**      *Servicios financieros para pacientes: Póliza de facturación y cobro para las cuentas de pago directo*

**NÚMERO DE POLÍTICA:**

**DEPARTAMENTO:**    Finanzas

**OBJETIVO:**

Esta política, junto con la Política de Ayuda Financiera del Hospital para pacientes del Hospital sin seguro y subasegurados tiene previsto cumplir con los requisitos de las leyes federales, estatales y locales, entre otras, 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. Esta política establece las medidas que se pueden tomar en caso de que se incumpla en el pago de los Servicios Cubiertos proporcionados por Mount Sinai South Nassau y Oceanside Counseling Center (el "Hospital"), incluidas las medidas de cobro e informes a las agencias crediticias. Los principios centrales que subyacen a esta política se basan en tratar a todos los pacientes de manera equitativa, con dignidad y respeto y garantizar que los procedimientos de facturación y cobro adecuados se realicen de modo uniforme. Esta política cubre la facturación y cobro de cuentas de pago directo para pacientes asegurados y subasegurados, incluidos los copagos, coseguros y deducibles.

**DEFINICIONES:**

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).

Período de Solicitud: significa el período durante el cual el Hospital debe aceptar y procesar una solicitud para ayuda financiera según la FAP. El Período de Solicitud comienza en la fecha que se proporciona la atención y finaliza el día 240 posterior a que el Hospital proporcione el primer resumen de cuenta tras el alta.

Fecha Límite de Facturación: significa la fecha tras la cual el Hospital puede iniciar una Medida de Cobro Extraordinaria (ECA) (tal como se define) contra una Persona Responsable que no ha enviado una solicitud para ayuda financiera según la FAP. La fecha límite de facturación se debe

especificar mediante un aviso por escrito a la Persona Responsable con una antelación de por lo menos 30 días previos a dicha fecha límite.

Fecha de Finalización: significa la fecha tras la cual el Hospital puede iniciar o reanudar una Medida de Cobro Extraordinario (ECA) contra una persona que ha enviado una FAP incompleta, si esa persona no ha proporcionado la información faltante o la documentación necesaria para completar la solicitud. La Fecha de Finalización se debe especificar mediante un aviso por escrito y no deberá ser anterior a los que suceda más tarde: (1) 30 días después de que el Hospital le proporcione el aviso a la persona acerca de la documentación incompleta, o (2) el último día del Período de Solicitud.

Servicios Cubiertos: significa la Atención Médica De Emergencia u otros Servicios Medicamente Necesarios (como se define a continuación) proporcionados a los pacientes hospitalizados y a los pacientes ambulatorios del Hospital. Los pacientes que residen en el Estado de Nueva York y necesiten servicios de emergencia pueden recibir atención y calificar para un descuento si cumplen con determinados niveles, según se describe en la FAP (como se define 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 Medicamente Necesarios que no sean de emergencia, si cumplen con determinados niveles de ingresos descritos a en la FAP.

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.

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 SNCH.

Medida de Cobro Extraordinaria (ECA): significa cualquier medida contra una persona en relación con una cuenta de pago particular (como se ha definido), como vender la deuda de la persona a otra parte, proporcionar información adversa a agencias de información crediticias del consumidor u oficinas de crédito acerca de la Persona Responsable, posponer, denegar o solicitar el pago de una o más facturas por atención previa contemplada en la FAP del Hospital antes de proporcionar la Atención Medicamente Necesaria, u otras medidas que exijan un proceso judicial o legal, incluidas:

- Imponer un gravamen en los bienes de una persona (diferente del gravamen que el Hospital tiene el derecho de hacer valer según la ley estatal sobre el importe de una

sentencia, acuerdo o convenio que se le debe a una persona [o a su representante] como resultado de lesiones físicas por las que el Hospital proporcionó atención);

- Ejecutar la propiedad real de una persona;
- Confiscar o embargar la cuenta bancaria de una persona o cualquier otro tipo de bienes personales;
- Iniciar una acción civil contra una persona;
- Hacer arrestar a una persona;
- Hacer que una persona esté sujeta a una orden judicial de detención; y
- Embargar el sueldo de la persona.

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

Política de Ayuda Financiera (FAP): significa el Programa de Ayuda Financiera del Hospital para pacientes sin seguro y subasegurados, que incluye criterios de elegibilidad, el criterio para calcular los gastos, el método para aplicar la política y las medidas para difundir la política.

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.

Periodo de Notificación: significa el período durante el cual el Hospital debe notificar a una Persona Responsable (como se define a continuación) acerca de la elegibilidad para la FAP antes de iniciar una ECA (como se define a continuación). El Hospital debe hacer esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de un paciente según la FAP. El período de notificación comienza el primer día en que se proporciona atención a la Persona Responsable y finaliza 120 días posteriores a que el Hospital proporcione a la persona el primer resumen de cuenta tras al alta hospitalaria para los Servicios Cubiertos o 30 días posteriores a la fecha de notificación, lo que suceda más tarde.

Resumen en Lenguaje Sencillo (“PLS”) significa una declaración por escrito clara, concisa y fácil de entender que usa el Hospital para notificarle al paciente o a las Personas Responsables que corresponda que el Hospital ofrece ayuda financiera según la FAP para los Servicios Cubiertos proporcionados por el Hospital.

Servicios Financieros del Paciente (PFS): significa la unidad operativa del hospital responsable de facturar y cobrar las cuentas de pago particulares.

Persona Responsable: significa el paciente y otras personas que tengan responsabilidad financiera para una cuenta de pago particular. Es posible que haya más de una Persona Responsable.

Cuenta de pago particular: significa la parte de la cuenta de un paciente que es responsabilidad personal del paciente o de otra Persona Responsable, neto de la aplicación de pagos realizados por cualquier seguro médico u otro tercero pagador (se incluyen los copagos, coseguros y deducibles), y neto de toda reducción o quita que se realice con relación a dicha cuenta del paciente luego de la aplicación del Programa de Ayuda Financiera.

Cuenta Única del Paciente: significa un estado consolidado para las cuentas de pago particular para todas las consultas en las instalaciones del Hospital.

### **DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS:**

- Sujeto al cumplimiento de las disposiciones de esta política, el Hospital puede tomar cualquier tipo de medida judicial, incluidas las ECA, para obtener el pago de los servicios médicos proporcionados.
- El hospital no iniciará las ECA, ni directamente ni por medio de una agencia de cobranza o terceros a los que el Hospital haya remitido la deuda del paciente, antes de hacer los esfuerzos razonables para determinar si la Persona Responsable es elegible según la FAP.

### **PROCEDIMIENTOS:**

- A todos los pacientes se les ofrecerá el PLS y un formulario de solicitud para la ayuda financiera según la FAP, durante el proceso de ingreso y alta del hospital.
- En cada declaración de Cuenta Única del Paciente se debe incluir un aviso visible sobre la disponibilidad de ayuda financiera.
- El PLS se debe incluir con todos los resúmenes de cuenta con respecto a las posibles ECA.
- Se enviarán por correo postal al menos tres declaraciones de la Cuenta Única del Paciente para el cobro de las cuentas de pago particular, a la última dirección conocida de cada Persona Responsable antes de que finalice el periodo de notificación, siempre y cuando no sea necesario enviar declaraciones adicionales de Cuenta Única del Paciente una vez que la persona responsable envíe una solicitud completa para la ayuda financiera según la FAP. Deberán haber transcurrido al menos 120 días entre el primero y el último de los tres envíos requeridos. Todos los estados de cuenta de la Cuenta Única del Paciente de las cuentas de pago particular incluirán:
  1. Un resumen preciso de los servicios del Hospital cubiertos por la declaración;
  2. Los gastos por tales servicios
  3. El monto que debe pagar la Persona Responsable (o, si se desconoce el monto, un presupuesto de buena fe de dicho monto a partir de la fecha de la declaración inicial).
- Los desgloses detallados para los gastos hospitalarios se proporcionarán a pedido.
- Por lo menos uno de los estados de cuenta de la Cuenta Única del Paciente enviados durante el Período de Notificación incluirán un aviso por escrito que informa a la Persona

Responsable acerca de las ECA que se pueden tomar si la persona responsable no solicita la ayuda financiera según la FAP ni paga el monto que vence en la Fecha Límite de Facturación (es decir, el último día del período de notificación). La Persona Responsable debe proporcionar esta declaración, por lo menos 30 días antes de la fecha límite especificada en la declaración, si se inician las ECA.

- Debe enviarse una carta que indique la intención de transferir la Cuenta Única del Paciente a una agencia de cobranzas por correo postal a la última dirección conocida de cada Persona Responsable con al menos 30 días de antelación a la transferencia de una Cuenta de Pago Particular a una agencia de cobranzas o la iniciación de una ECA. También se debe realizar un esfuerzo razonable para notificar verbalmente a las Personas Responsables por teléfono, al último número telefónico conocido. Durante todas las conversaciones, se le informará a la Persona Responsable acerca de la ayuda financiera que puede estar disponible según la FAP.
- Las ECA se pueden iniciar de la siguiente manera:
  1. Si ninguna de las Personas Responsables solicita ayuda financiera según la FAP para el último día del período de notificación, y las Personas Responsables han recibido el aviso por escrito con 30 días de antelación descrito anteriormente, el Hospital podrá iniciar las ECA.
  2. Si todas las Personas Responsables solicitan ayuda financiera según la FAP, y los PFS determinan definitivamente que las Personas Responsables no son elegibles para ninguna ayuda financiera de la FAP (incluidos el motivo de que el paciente no estaba sin seguro), el Hospital podrá iniciar las ECA.
  3. Si una Persona Responsable envía una solicitud incompleta para la ayuda financiera según la FAP antes de finalizar el Período de Solicitud, no se podrán iniciar las ECA hasta tanto se hayan completado los siguientes pasos:
    - a. El Departamento de Ayuda Financiera proporciona a la Persona Responsable, en un plazo razonable, (es decir, no menos de 30 días) un aviso por escrito que describe la información o documentación adicional requerida según la FAP con el fin de completar la solicitud para la ayuda financiera, cuyo aviso incluirá una copia del PLS.
    - b. Los PFS proporcionan a la Persona Responsable, con al menos 30 días de antelación, un aviso por escrito de las ECA que el Hospital puede iniciar contra la Persona Responsable si la solicitud de la FAP no está completa o no se realiza el pago; siempre y cuando la fecha límite para la completar la solicitud o hacer el pago no se pueda fijar antes de finalizar el período de solicitud.
    - c. Si la persona responsable que ha enviado la solicitud incompleta completa la solicitud para la ayuda financiera, y el Acceso del Paciente determina definitivamente que la persona responsable no es elegible para ningún tipo de ayuda financiera según la FAP, el Hospital podrá iniciar las ECA.
    - d. Si la Persona Responsable que ha enviado la solicitud incompleta no completa la solicitud para la fecha límite fijada en el aviso cursado conforme al punto 3.b anterior, se podrán iniciar las ECA.
    - e. Si una solicitud, completa o incompleta, de ayuda financiera de la FAP es enviada por una Persona Responsable en cualquier momento antes de finalizar el Período de

Solicitud, el Hospital suspenderá las ECA mientras dicha solicitud de ayuda financiera esté pendiente.

- Cualquier Persona Responsable, o su representante, que se comunique con el Hospital para obtener información respecto de cualquier ayuda financiera, recibirá información relacionada con el Programa de Ayuda Financiera según la FAP.
- Todas las agencias de cobranzas deben cumplir con la Política de Ayuda Financiera del Hospital y proporcionar información a los pacientes sobre cómo postularse para recibir ayuda financiera.
- Las medidas de cobro están prohibidas contra las Personas Responsables que fueron elegibles para Medicare en el momento que se proporcionaron los Servicios Cubiertos.
- Se prohíbe enviar una cuenta para el cobro a aquellas personas que hayan enviado solicitudes con determinaciones de elegibilidad aún pendientes.
- Posteriormente a la autorización del inicio de las ECA, las agencias de cobranza externas deben autorizarse para promover litigios, obtener gravámenes por fallos judiciales y ejecutar dichos gravámenes usando medios legales de cobro, siempre y cuando se solicite esa aprobación previa por escrito de los PFS antes de que las agencias de cobranza puedan utilizar algún medio de cobro que implique detención física o el arresto de cualquier Persona Responsable.
- Las agencias de cobranzas tienen prohibido forzar la venta o ejecución hipotecaria de la residencia principal de la Persona Responsable.
- Los pacientes que pueden pero no desean pagar los servicios del hospital se consideran deudores incobrables, y los cobros se remitirán a agencias de cobranza externas. Los pacientes que califican para la ayuda según el Programa de Ayuda Financiera y que no pagan el saldo cuando vence, una vez aplicado el descuento adecuado, se consideran deudores incobrables para el monto de dicho saldo y se remitirán a agencias de cobranza externas para su cobro.
- Hay copias disponibles de esta política que son gratuitas para el público. Las copias de la política están disponibles en la sala de emergencias, en el Departamento de Ayuda Financiera, en Admisión y en otras áreas de registro de pacientes ambulatorios que están ubicadas en recintos de las instalaciones y en otros lugares públicos. Esta política está disponible en la Internet del hospital y se puede solicitar por correo. La política se publica en inglés y español.
- Si el hospital remite o vende las deudas del paciente a un tercero durante el período de solicitud, el acuerdo por escrito con dicha parte debe obligar a dicha parte a:
  1. Abstenerse de participar en las ECA hasta la Fecha Límite de Facturación;
  2. Suspender cualquier ECA si la persona envía una solicitud de la FAP durante el Período de Solicitud;

3. Si se determina que la Persona Responsable es elegible para la FAP, a garantizar que la persona no paga y no está obligada a pagar más que lo requerido, y revertir cualquier ECA tomada previamente;
4. Obtener disposiciones similares en un acuerdo por escrito si dicha parte remite o vende la deuda a otra parte.

**SUSTITUCIONES: Ninguna**

**APROBACIONES:**