



TÍTULO: POLÍTICA DE ATENCIÓN DE BENEFICENCIA

POLÍTICA:

El Código de Impuestos Internos (Sección 501[r]) exige que los hospitales presten servicios de emergencia o de atención médicamente necesarios 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 económica.

Gracie Square Hospital (en adelante, el Hospital) reconoce su responsabilidad de prestar atención de beneficencia (en adelante, Atención de Beneficencia) a aquellas personas sin seguro o con seguro insuficiente, que 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 prestar Atención de Beneficencia cuando sea necesario, independientemente de factores como edad, sexo, raza, país de origen, condición socioeconómica o de inmigración, orientación sexual o afiliación religiosa. El Hospital prestará la Atención de Beneficencia de acuerdo con los siguientes procedimientos.

APLICABILIDAD: (marque todas las que correspondan)

Población: Adultos

Lugar de atención médica: Psiquiatría para pacientes hospitalizados

Personal:

- Personal clínico
- Personal no clínico
- Otro, especifique:



POLÍTICA DE ATENCIÓN DE BENEFICENCIA, CONTINUÁ

APLICABILIDAD:

1. Esta Política se aplica a todas las emergencias u otros servicios de atención médicamente necesarios prestados a una persona que califique para recibir asistencia del Hospital y de sus empleados según esta Política.
2. Esta Política se aplica a todos los servicios de emergencia prestados a los residentes del Estado de Nueva York, y a los servicios médicamente necesarios prestados a los residentes calificados del área de servicio principal del Hospital, compuesta por los cinco distritos municipales (condados) de la Ciudad de Nueva York. Los servicios médicamente necesarios se definen como los servicios cubiertos por el programa de Medicaid del Estado de Nueva York.
3. Todos los servicios de los médicos prestados por el hospital están cubiertos por esta Política de atención de beneficencia. Los servicios de los médicos que ofrecen los proveedores de la lista en el Anexo A no están cubiertos por la política; los pacientes recibirán facturas separadas de los proveedores que facturan sus servicios de forma independiente.
4. 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 coaseguros, o que han agotado sus beneficios del seguro médico (entre otros, las cuentas de ahorro para gastos médicos).
5. La Atención de Beneficencia se considerará después de la presentación de un formulario de solicitud completado, acompañado de la documentación necesaria. En ciertas circunstancias limitadas que se especifican en el presente documento, es posible que la Atención de Beneficencia se preste a los pacientes basado en los puntajes de los ingresos presuntos calculados por agencias de informes de crédito o especializadas.
6. La Atención de Beneficencia se prestará después de que se haya determinado si el paciente es elegible para recibir los beneficios de Medicaid u otros programas de seguros, 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 la atención médicamente necesaria serán resueltos por el Departamento de Análisis de Utilización del Hospital de acuerdo con las políticas y los procedimientos correspondientes 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), estarán a disposición de los pacientes en los idiomas principales del Hospital, si se solicitan y sin costo, en el Departamento de Admisión del Hospital durante el proceso de admisión y registro, en el momento del alta o por correo. Este material también estará disponible en el sitio web del Hospital (www.nygsh.org) o puede pedirse llamando al (212) 434-5315. El aviso a los pacientes con respecto a esta Política también se hará mediante la publicación visible de información en el idioma adecuado en el Departamento de Admisión del Hospital., y se incluirá información en las facturas y en los estados de cuenta que se envían a los pacientes explicando que puede haber ayuda financiera disponible para los pacientes calificados y cómo puede obtener más información.
2. El material de la solicitud dejará claro, mediante un aviso a los pacientes, que si presentan 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. Los pacientes pueden solicitar la asistencia pidiendo el formulario de solicitud y presentando la solicitud completa en cualquier momento durante el proceso de facturación y cobros. Se puede obtener ayuda para el proceso de la solicitud en el lugar y teléfono que está en el Procedimiento A.1. Las determinaciones relacionadas con dichas solicitudes se harán por escrito al solicitante tan pronto como sea posible después de que se haya presentado la solicitud completa, pero en cualquier caso en los treinta (30) días posteriores a que el Hospital reciba dicha solicitud. Si se necesita más información del solicitante para determinar la elegibilidad, el Hospital la pedirá en ese período de treinta (30) días. Las instrucciones por escrito que describen cómo apelar una denegación u otra determinación adversa se incluirán con la determinación adversa o denegación relacionada con la solicitud. (Vea la sección B abajo).
4. Los solicitantes deben dar la información o documentación que respalde sus solicitudes incluyendo, entre otros, la documentación de la información que pusieron en el formulario de solicitud. Los ejemplos de documentación podrían incluir, entre otros, recibos de pago, carta del empleador, si corresponde, y el formulario 1040 del Servicio de Impuestos Internos (IRS) para confirmar los ingresos.



5. Las solicitudes para elegibilidad de asistencia financiera no pueden tener en cuenta los activos.
6. El Hospital puede hacer consultas y obtener informes de terceros, como agencias de crédito, de ciertos pacientes para determinar si pueden ser elegibles presuntamente (elegibilidad presunta) para recibir Atención de Beneficencia debido 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. hay 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 vencido, y el paciente no solicitó ni completó una solicitud de Atención de Beneficencia;
 - e. el paciente ha sido notificado mediante una declaración en una factura de que el Hospital puede obtener un informe de crédito antes de hacerlo;
 - f. los informes crediticios no se usarán para denegar solicitudes de Atención de Beneficencia. El Hospital no informará el estado de la cuenta del paciente a tales terceros.
7. El Hospital no postergará, ni negará (ni exigirá el pago antes de prestar) la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria debido a la falta de pago 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 Atención de Beneficencia, puede apelar dicha decisión presentando las razones y la documentación de respaldo al Subdirector de Cuentas de Pacientes en un plazo de veinte (20) días a partir de la decisión.
2. El Subdirector tendrá quince (15) días laborables para revisar la apelación y responder al paciente por escrito.
3. Si el paciente sigue insatisfecho con la decisión del Subdirector, puede apelar dicha decisión por escrito, incluyendo las razones y cualquier documentación de respaldo, ante el Director de Cuentas del Paciente.
4. El Director tomará una decisión por escrito en los quince (15) días posteriores a la recepción de la apelación. La decisión del Director será definitiva.



5. Durante la espera de una apelación, no se hará ninguna actividad de cobros.

C. Proceso de pago

1. Sujeto a los requisitos de esta Política, el Hospital dará atención gratis o a precio reducido a los solicitantes sin 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 gastos médicos, con ingresos por debajo del 400 % del nivel federal de pobreza indicado 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 los ingresos vigentes en el momento de recibir la solicitud completa y no en el momento del servicio) de acuerdo con la escala variable de tarifas apropiada para el año en curso: "Escala variable de tarifas, pacientes hospitalizados" (adjunta como Anexo B).
2. El Hospital limitará los cargos a las personas elegibles para el programa de Atención de Beneficencia a las cantidades generalmente facturadas (AGB) por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria a personas que tengan seguro. El Hospital calcula las AGB usando el método prospectivo y basa esa tasa en las tasas actuales de Medicaid para las tarifas por servicio del Estado de Nueva York (la "tarifa aplicable"), promulgadas por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Después de haber tomado una determinación sobre la elegibilidad para recibir la Atención de Beneficencia, a las personas elegibles no se les podrá cobrar más que las cantidades generalmente facturadas (AGB) por atención de emergencia o por atención médicamente necesaria. Para determinar las cantidades que se cobran a las personas elegibles para Atención de Beneficencia, el Hospital aplicará una metodología de descuento de escala variable a las AGB, de acuerdo con el Anexo B, basada en el tamaño de la familia y los ingresos de dicha persona. Hipotéticamente, solo como ejemplo, cuando se determine a un paciente elegible para recibir Atención de Beneficencia, y que tiene una familia de 3 personas e ingresos de \$35,000, se le cobraría el 55 % de la tasa de Medicaid vigente (**AGB**) correspondiente a la hospitalización de dicho paciente, calculada según el Anexo **B**.
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 esté negociando un plan de pagos 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 dentro de un período de seis (6) meses.



- b. El período de pago puede extenderse a más 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 dentro de los treinta (30) días siguientes, tendrá que pagar la totalidad del saldo.
 - e. Si se cobra intereses al paciente, la tasa de interés de cualquier saldo pendiente de pago no superará la tasa de un título valor a noventa días emitido 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.
4. **Depósitos.** El paciente que busque atención médicamente necesaria y solicite Atención de Beneficencia no tendrá que hacer un depósito. Cualquier depósito que el paciente pudiera haber hecho antes del momento en que solicite la Atención de Beneficencia se incluirá como parte de cualquier consideración de Atención de Beneficencia. Si se determina que dicho paciente es elegible para recibir atención gratis, se reembolsará todo el depósito. Si se determina que el paciente es elegible para un descuento, se devolverá el saldo del depósito que exceda de lo que se determine que el paciente debe al Hospital. El Hospital mantendrá la contabilización de la cantidad en dólares cobrada como Atención de Beneficencia en los sistemas de contabilidad financiera del Hospital.
5. Se desarrollará e implementará un mecanismo para medir el cumplimiento del Hospital de esta política.
- D. Educación/concientización pública**
1. El personal del Hospital recibirá información sobre la disponibilidad de la Atención de Beneficencia y la forma de dirigir a los pacientes o sus representantes 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 la facturación y cobros.
 2. La notificación a los pacientes sobre esta Política se hará de manera que concuerde con el Procedimiento A.1.
 3. El Resumen, incluyendo la información específica sobre los niveles de ingresos usados para determinar la elegibilidad para recibir asistencia, una descripción del área de servicio principal del Hospital,



cómo enviar una solicitud de asistencia, y la Política y el formulario de solicitud a disposición para los pacientes se publicarán en el sitio web del Hospital (www.nyqsh.org).

4. El Resumen se entregará a todos los pacientes ya sea como parte del proceso de admisión o del alta. El Hospital comunicará la disponibilidad de la Atención de Beneficencia al público en general, a organismos de salud de la comunidad locales, a organismos de servicios humanos y otras organizaciones locales que ayudan a las personas necesitadas. Las medidas tomadas para informar a las organizaciones sin fines de lucro y a los organismos públicos locales incluyen:
 - 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 comunitarios locales de la comunidad, organizaciones religiosas, organizaciones de servicios humanos y representantes electos y su respectivo personal para instruirlos sobre la Política.
 - 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 ha implementado prácticas y procedimientos de cobro para promover el acceso del paciente a atención médica de calidad, a la vez que se minimizan las deudas incobrables. Estas prácticas y procedimientos tienen por objeto promover las actividades de cobros de deudas por agencias de cobros y abogados en nombre del Hospital, congruente con las misiones, valores y principios fundamentales del Hospital, incluyendo la Política de Ayuda Financiera del Hospital, entre otros.
2. Las prácticas y procedimientos de cobros del Hospital están descritos en una Política de cobros separada que concuerda con los requisitos del Código de Impuestos Internos (Títulos 26 de U.S.C., sección 501[r]) y reglamentos. La Política de cobros está disponible en las Oficinas de Admisión del Hospital o en el sitio web del Hospital en www.nyqsh.org, en inglés y en otros idiomas.



ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:

El Hospital prestará atención médica a las personas, sin discriminación, para tratar condiciones médicas de emergencia, independientemente de si son elegibles para recibir la asistencia económica según esta Política, hasta donde tenga la capacidad de prestar dicha atención médica. El Hospital no tomará acciones que desanimen a las personas a buscar atención médica de emergencia, como exigir que los pacientes paguen antes de recibir tratamiento por condiciones médicas de emergencia o permitir actividades de cobro de deudas que interfieran en la atención médica de emergencia sin discriminación.



RESPONSABILIDAD: ACCESO DE PACIENTES/SERVICIOS FINANCIEROS

FECHAS DE LA POLÍTICA:

Anexos revisados: 17 de enero de 2020

Revisado: 18 de septiembre de 2019

Aprobaciones: Consejo Administrativo



ANEXO A

Proveedores no basados en el hospital

- The New York Queens Medicine and Surgery, P.C., d/b/a New York - Presbyterian Medical Group/Queens.



ANEXO B

**ANEXO B: ESCALA VARIABLE DE TARIFAS: PACIENTES HOSPITALIZADOS Y AMBULATORIOS
 BASADO EN LAS DIRECTRICES DE POBREZA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS (HHS)
 PARA INGRESOS NO PROVENIENTES DE ACTIVIDADES AGRÍCOLAS HASTA 400%**

EL PACIENTE PAGA	Paciente hospitalizado		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
DIRECTRIZ FED. DE POBREZA, %	100 %		101 % - 125 %		126 % - 150 %		151 % - 200 %		201 % - 250 %		251 % - 400 %		>400%
TAMAÑO DE LA FAMILIA	< DE O =	> DE	< DE O =	> DE	< DE O =	> DE	< DE O =	> DE	< DE O =	> DE	< DE O =	> DE	> DE
1	\$12,760	\$12,760	\$15,950	\$15,950	\$19,140	\$19,140	\$25,520	\$25,520	\$31,900	\$31,900	\$51,040	\$51,040	\$51,040
2	17,240	17,240	21,550	21,550	25,860	25,860	34,480	34,480	43,100	43,100	68,960	68,960	68,960
3	21,720	21,720	27,150	27,150	32,580	32,580	43,440	43,440	54,300	54,300	86,880	86,880	86,880
4	26,200	26,200	32,750	32,750	39,300	39,300	52,400	52,400	65,500	65,500	104,800	104,800	104,800
5	30,680	30,680	38,350	38,350	46,020	46,020	61,360	61,360	76,700	76,700	122,720	122,720	122,720
6	35,160	35,160	43,950	43,950	52,740	52,740	70,320	70,320	87,900	87,900	140,640	140,640	140,640
7	39,640	39,640	49,550	49,550	59,460	59,460	79,280	79,280	99,100	99,100	158,560	158,560	158,560
8	44,120	44,120	55,150	55,150	66,180	66,180	88,240	88,240	110,330	110,330	176,480	176,480	176,480
Por cada persona adicional agregue:	4,480												17,920

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