

Políticas de asistencia financiera y de atención de beneficencia	Sección 2807-k(9-a) de la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York
FECHAS DE REVISIÓN: 9/11/2019, 09/20/2020, 02/10/2021, 11/09/2021, 04/26/2022, 07/06/2022, 03/13/2023, 05/02/2024, 12/17/2024	Aprobación administrativa: Comité de Ciclo de Ingresos Departamento de Finanzas y Reembolsos Departamento de Servicios Financieros para Pacientes Administración Ejecutiva

I. Objetivo

St. Barnabas Hospital (el “Hospital” o “SBH”), ubicado en el Bronx, se compromete a proporcionar asistencia financiera a las personas con necesidades de atención médica que no tengan seguro, que tengan un seguro insuficiente, o que no sean elegibles para un programa del gobierno o no puedan pagar por atención médicamente necesaria en función de su situación financiera individual. St. Barnabas Hospital, de acuerdo con su misión de brindar servicios de atención médica compasivos, de alta calidad y asequibles y de defender a las personas de bajos ingresos y desfavorecidas, se esfuerza por garantizar que la capacidad financiera de las personas que necesiten servicios de atención médica no les impida buscar o recibir atención.

La asistencia financiera y la escala móvil de tarifas de atención de beneficencia no se consideran sustitutos de la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes colaboren con los procedimientos del Hospital St. Barnabas para la obtención de asistencia financiera y de atención de beneficencia (Charity Care) u otras formas de pago o asistencia financiera, y que contribuyan con el costo de la atención en función de su capacidad de pago individual. Se recomendará a las personas con capacidad financiera para adquirir un seguro de salud que lo hagan, como un medio de garantizar el acceso a los servicios de atención médica, para su salud personal general y para la protección de su patrimonio individual.

Con el propósito de administrar su responsabilidad de recursos y de permitir que St. Barnabas Hospital ofrezca el nivel de asistencia adecuado al mayor número de personas necesitadas, la administración de SBH estableció las siguientes pautas para proporcionar asistencia financiera al paciente.

Esta política es aplicable únicamente a la facturación relacionada con la atención proporcionada por St. Barnabas Hospital y SBH Physicians, P.C. St. Barnabas Hospital contrata a varios grupos de médicos, como anestesiólogos y radiólogos, para proporcionar servicios en el hospital. Es posible que estos grupos tengan sus propias políticas de asistencia financiera y se les debe contactar directamente para obtener información adicional. Puede encontrar una lista de estos grupos y su información de contacto en: <http://www.sbhny.org/financialservices/physician-practice-groups/>.

La presente política tiene como propósito cumplir con el requisito de la política de asistencia financiera establecido en la Sección 501 (r) y en la Sección 2807-k (9-a) del Código de Rentas Internas (Internal Revenue Code) de la Ley de Salud Pública de Nueva York. La presente política entrará en vigor inmediatamente a partir del (a) 20 de octubre de 2024.

II. Definiciones

A los efectos de esta política, los términos a continuación se definen de la siguiente manera:

Asistencia financiera: el descuento ofrecido por St. Barnabas Hospital a las personas que no pueden pagar por la atención recibida en concepto de atención médica de urgencia u otros servicios médicamente necesarios de conformidad con esta política.

Atención de beneficencia: servicios de atención médica que se han proporcionado o se proporcionarán, pero que nunca se espera que generen entradas de efectivo. La atención de beneficencia es el resultado de la política de un proveedor de proporcionar servicios de atención médica con descuento a las personas que cumplan con los criterios establecidos.

Descuento de la escala móvil de tarifas de atención de beneficencia: el descuento que St. Barnabas Hospital ofrece a las personas sin seguro que no pueden pagar por la atención recibida en concepto de atención médica de urgencia u otros servicios médicamente necesarios de conformidad con esta política.

Distribución de costos: el monto total adeudado por un paciente con seguro insuficiente luego de la aplicación de la cobertura de seguro de dicho paciente, incluidos, entre otros, deducibles, copagos, coseguro y saldo posterior al seguro.

Familia: de acuerdo con la definición de la Oficina del Censo de los Estados Unidos, grupo de dos o más personas que conviven y que estén relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. De acuerdo con las normas del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS), si el paciente declara a una persona como dependiente en la declaración de impuestos, puede ser considerado un dependiente a fines de proporcionar asistencia financiera.

Ingreso familiar: el ingreso familiar se determina utilizando la definición de la Oficina del Censo de los Estados Unidos. Es decir, utiliza los siguientes ingresos al calcular las pautas federales de pobreza:

- Incluye ganancias (*ejemplos: talones de pago actuales, verificación escrita de salarios del empleador, estado de cuenta bancario, cheque por discapacidad*), compensación/carta de desempleo, seguro de compensación para los trabajadores, Seguro Social, seguridad de ingreso suplementario, asistencia pública, pagos para veteranos, beneficios para sobrevivientes, ingresos por pensión o jubilación, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos por herencia, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención infantil, asistencia externa al hogar y otras fuentes diversas.

El ingreso familiar se determina antes de impuestos y excluye ganancias o pérdidas de capital. Si una persona vive con una familia, se pueden considerar los ingresos de todos los miembros de la familia (no se computa el de los miembros sin relación de parentesco que vivan en el hogar).

- No se computan los beneficios que no sean en efectivo (como los cupones de alimentos y los subsidios para vivienda).
- Declaración bajo propia responsabilidad.

Sin seguro: el paciente no tiene ningún nivel de seguro ni asistencia de un tercero para ayudarlo a cumplir con las obligaciones de pago o el paciente ha agotado los beneficios del seguro de salud y puede demostrar su incapacidad para pagar la totalidad de los cargos con base en los criterios de elegibilidad de esta política.

Con seguro insuficiente: el paciente tiene un determinado nivel de seguro o asistencia de un tercero, pero aún tiene gastos médicos de bolsillo acumulados en los últimos 12 meses por gastos médicos que exceden el 10 % del ingreso bruto anual del paciente.

Fondo Fiduciario Dekay: un fideicomiso restringido perpetuo proporcionado al hospital para ayudar, alentar y promover el bienestar de los hombres y mujeres con un legado cultural o étnico valioso y una necesidad real de asistencia financiera, en especial las personas enfermas, ancianas o discapacitadas que no reciben atención por otros medios.

III. Procedimientos

Con el propósito de administrar los recursos de manera responsable y de permitir que St. Barnabas Hospital ofrezca el nivel de asistencia adecuado a las personas necesitadas, se establecen los siguientes procedimientos y pautas para proporcionar asistencia financiera.

A. Servicios elegibles

A los efectos de la presente política, la "atención de beneficencia" se refiere a los servicios de atención médica proporcionados de forma gratuita o con un descuento a los pacientes que cumplen con los requisitos. Los siguientes servicios de atención médica que se proporcionan en St. Barnabas Hospital son elegibles en virtud de la política de asistencia financiera/atención de beneficencia:

1. Atención médica de emergencia, incluidos los pacientes que acuden al Departamento de Urgencias de St. Barnabas Hospital, así como los traslados en virtud de la Ley de Trabajo y Tratamiento Médico de Emergencia (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA), proporcionada en el entorno de sala de urgencias.
2. Servicios médicamente necesarios.

Las determinaciones con respecto a la necesidad médica son responsabilidad del profesional de la salud que proporciona la atención, independientemente de la capacidad de pago del paciente. St. Barnabas Hospital no participará en ninguna acción que disuada a las personas de buscar atención médica de urgencia.

St. Barnabas Hospital proporciona atención médica de urgencia independientemente de la elegibilidad del paciente en virtud de la presente política. St. Barnabas Hospital no exige que los pacientes del Departamento de Urgencias paguen antes de recibir tratamiento por afecciones médicas de urgencia, ni permite actividades de cobro de deudas en el Departamento de Urgencias o en otras áreas cuando estas actividades pudieran interferir con la prestación de atención médica de urgencia de forma no discriminatoria.

B. Elegibilidad para recibir asistencia financiera

Se considerará la elegibilidad para beneficencia para aquellas personas que no tengan seguro, que tengan un seguro insuficiente, que no sean elegibles para cualquier programa de beneficios de atención médica del gobierno y que no puedan pagar por su atención en función de una determinación de necesidad financiera de acuerdo con la presente política. El otorgamiento de beneficencia se basará en una determinación individualizada de la necesidad financiera, sin tener en cuenta la edad, el género, la raza, la condición social o estatus migratorio, la orientación sexual o la afiliación religiosa.

Excepto en el caso de los servicios de urgencia, los pacientes deben residir en el área principal de servicio del hospital para que un servicio en particular sea categóricamente elegible para la atención de beneficencia. El área principal de servicio de SBH comprende los siguientes códigos postales del Bronx: 10451, 10453, 10454, 10455, 10457, 10458, 10459, 10460 y 10468. Sin embargo, debido a que SBH opera un centro de traumatología de nivel dos y ofrece programas de alta demanda, como un programa de mamografía móvil, proporciona servicios a todo el Bronx. La elegibilidad para la atención de beneficencia con respecto a la atención no urgente para pacientes que residen fuera del área de servicio principal del Hospital se determinará en función de las circunstancias particulares de cada caso y requiere la aprobación del vicepresidente.

C. Determinación de necesidad financiera

1. La necesidad financiera se determinará conforme a los procedimientos que comprenden una evaluación individual de la necesidad financiera; y puede:

- a. Incluir un proceso de solicitud, en el que se requiere que el paciente o el responsable financiero del paciente colabore y proporcione información personal, financiera y de otro tipo y documentación relevante para tomar una determinación de necesidad financiera.
- b. Puede incluir el uso de fuentes externas de datos disponibles públicamente que proporcionen información sobre la capacidad de pago de un paciente o de un responsable financiero del paciente (como el puntaje de crédito).
- c. Incluir esfuerzos razonables por parte de St. Barnabas Hospital para explorar fuentes alternativas adecuadas de pago y cobertura de programas de pago públicos y privados y para ayudar a los pacientes a solicitar dichos programas.

- d. Tomar en consideración todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente.
 - e. Incluir una revisión de las cuentas pendientes de cobro del paciente por servicios prestados anteriormente y el historial de pagos del paciente.
 - f. Se proporciona independientemente de la residencia/estatus migratorio.
 - g. Identificación aceptable (licencia, tarjeta de seguro social, pasaporte, certificado de nacimiento, tarjeta de asistencia del gobierno, certificado de matrimonio).
2. Se prefiere, pero no es obligatorio, que se realice una solicitud de beneficencia y una determinación de necesidad financiera antes de la prestación de los servicios. Sin embargo, la determinación se puede realizar en cualquier momento del ciclo de cobro (el paciente tiene un mínimo de 90 días a partir de la fecha del servicio). La necesidad de asistencia de pago se reevaluará cada vez que se proporcionen servicios posteriores si la última evaluación financiera se completó hace más de un año, o en cualquier momento que se conozca información adicional relevante con respecto a la elegibilidad del paciente para la beneficencia.
3. Los valores de dignidad humana y protección de St. Barnabas Hospital se reflejarán en el proceso de solicitud, la determinación de la necesidad financiera y el otorgamiento de beneficencia. Las solicitudes de beneficencia se procesarán rápidamente y St. Barnabas Hospital notificará al paciente o solicitante por escrito o en persona dentro de los 30 días posteriores a la recepción de una solicitud completa.

D. Elegibilidad presunta para asistencia financiera

Hay casos en los que un paciente puede parecer elegible para recibir descuentos en atención de beneficencia, pero no existe un formulario de asistencia financiera registrado debido a la falta de documentación de respaldo. A menudo, hay información adecuada proporcionada por el paciente o a través de otras fuentes, que podría ofrecer evidencia suficiente para proporcionar al paciente asistencia de atención de beneficencia. En caso de que no haya evidencia que respalde la elegibilidad de un paciente para la atención de beneficencia, St. Barnabas Hospital podría emplear agencias externas con el propósito de determinar los montos de ingresos estimados como base para la determinación de elegibilidad de atención de caridad y los posibles montos de descuento. Una vez determinado, debido a la naturaleza inherente de las circunstancias presuntas, el descuento máximo otorgable es una cancelación del 100 % del saldo de la cuenta. La elegibilidad presunta puede determinarse en función de las circunstancias de la vida individual que pueden incluir:

- 1. Programas de medicamentos recetados financiados por el estado.
- 2. La falta de vivienda o haber recibido atención en una clínica para personas sin hogar.
- 3. La participación en el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children programs, WIC).

4. Elegibilidad para cupones de alimentos.
5. Elegibilidad para el programa de almuerzos escolares subvencionados.
6. Elegibilidad para otros programas de asistencia estatales o locales que no cuentan con fondos, como Gastos Reducidos de Medicaid (Medicaid Spend-Down).
7. Las viviendas de bajos ingresos/subvencionadas se proporcionan como una dirección válida.
8. El paciente ha fallecido y se desconoce su patrimonio.
9. Ubicaciones geográficas en función del código postal y los datos censales.
10. Información de la solicitud completa o parcialmente completa de atención de beneficencia.

E. Asistencia financiera - Pautas de atención de beneficencia

Los servicios elegibles en virtud de esta política se pondrán a disposición del paciente en una escala móvil de tarifas, de acuerdo con la necesidad financiera, de conformidad con lo determinado en referencia a los niveles federales de pobreza (Federal Poverty Levels, "FPL") vigentes al momento de la determinación, de la siguiente manera, de conformidad con la política de atención de beneficencia y asistencia financiera y las pautas federales de pobreza.

Pautas del FPL vigentes al momento de la prestación del servicio:

1. Los pacientes cuyo ingreso familiar sea igual o inferior al 400 % del FPL son elegibles para recibir un ajuste de pago que no exceda el monto de pago nominal definido por el Departamento de Salud. Consulte los puntos 2 al 3 a continuación.
2. A los pacientes cuyo ingreso familiar esté por debajo del 200 % del nivel de pobreza establecido por el gobierno no se les cobrará por los servicios ambulatorios y de hospitalización correspondientes.
3. A los pacientes cuyo ingreso familiar esté entre el 200 % y el 300 % del nivel de pobreza establecido por el gobierno se les cobrará una escala móvil del 10 % de la tarifa de Medicaid del hospital para los servicios ambulatorios y de hospitalización correspondientes.
4. A los pacientes cuyo ingreso familiar esté entre el 301 % y el 400 % de los niveles de pobreza establecidos por el gobierno se les cobrarán las tarifas de escala móvil del 20 % de la tarifa de Medicaid del hospital para servicios ambulatorios y de hospitalización.

Número de miembros de la familia	200 % del FPL	300 % del FPL	400 % del FPL
1	\$30,120	\$45,180	\$60,240
2	\$40,880	\$61,320	\$81,760
3	\$51,640	\$77,460	\$103,280
4	\$62,400	\$93,600	\$124,800
5	\$73,160	\$109,740	\$146,320
6	\$83,920	\$125,880	\$167,840
7	\$94,680	\$142,020	\$189,360
8	\$105,440	\$158,160	\$210,880
9	\$116,200	\$174,300	\$232,400
10	\$126,960	\$190,440	\$253,920

Componente de la factura del hospital

Nivel federal de pobreza	Por debajo del 200 % del FPL	200 %-300 % del FPL	301 %-400 % del FPL
Ingreso de pacientes hospitalizados	Se eximen todos los cargos.	10 % de la tarifa promedio de Medicaid	20 % de la tarifa promedio de Medicaid
Cirugía ambulatoria	Se eximen todos los cargos.	10 % de la tarifa promedio de Medicaid	20 % de la tarifa promedio de Medicaid
Laboratorio de cateterismo cardíaco para pacientes ambulatorios	Se eximen todos los cargos.	10 % de la tarifa promedio de Medicaid	20 % de la tarifa promedio de Medicaid
Electrofisiología para pacientes ambulatorios	Se eximen todos los cargos.	10 % de la tarifa promedio de Medicaid	20 % de la tarifa promedio de Medicaid
Endoscopia para pacientes ambulatorios	Se eximen todos los cargos.	10 % de la tarifa promedio de Medicaid	20 % de la tarifa promedio de Medicaid
MRI/Tomografía computarizada /Tomografía por emisión de positrones para pacientes ambulatorios	Se eximen todos los cargos.	10 % de la tarifa promedio de Medicaid	20 % de la tarifa promedio de Medicaid
Radiografía/Ecografía para pacientes ambulatorios	Se eximen todos los cargos.	10 % de la tarifa promedio de Medicaid	20 % de la tarifa promedio de Medicaid
Sala de emergencias	Se eximen todos los cargos.	10 % de la tarifa promedio de Medicaid	20 % de la tarifa promedio de Medicaid
Clínica para pacientes ambulatorios/Centro de Bienestar	Se eximen todos los cargos.	10 % de la tarifa promedio de Medicaid	20 % de la tarifa promedio de Medicaid
Salud mental para pacientes ambulatorios	Se eximen todos los cargos.	10 % de la tarifa promedio de Medicaid	20 % de la tarifa promedio de Medicaid
Laboratorio	Se eximen todos los cargos.	10 % de la tarifa promedio de Medicaid	20 % de la tarifa promedio de Medicaid
Cardiología (EKG, EEG, prueba de esfuerzo)	Se eximen todos los cargos.	10 % de la tarifa promedio de Medicaid	20 % de la tarifa promedio de Medicaid
Clínica dental	Se eximen todos los cargos.	10 % de la tarifa promedio de Medicaid	20 % de la tarifa promedio de Medicaid

Los planes de pago mensuales para las facturas médicas del paciente no pueden exceder el 5 % del ingreso bruto mensual del paciente.

Los pacientes cuyo ingreso familiar excede el 400 % del FPL pueden ser elegibles para recibir tarifas con descuento en función de las circunstancias particulares de cada caso, como una enfermedad catastrófica o indigencia médica, a discreción de St. Barnabas Hospital. Estas familias también pueden ser referidas al Fondo Dekay o a otros programas de asistencia financiera a través del New York State Exchange Marketplace.

El Fondo Fiduciario Dekay: El Hospital mantiene su parte del Fondo Fiduciario restringido Helen Dekay, establecido para ayudar, alentar y promover el bienestar de hombres, mujeres y niños del Bronx. Los criterios bajo los cuales se pueden utilizar los ingresos del fideicomiso se modificaron en función de los cambios en la prestación de atención médica y en la demografía de las áreas de alcance inmediatas y secundarias del hospital. J.P. Morgan, en calidad de fiduciario, aprobó estos cambios en 2006. El objetivo es identificar a aquellos pacientes que puedan ser elegibles para acceder a la financiación del Fondo Dekay a cambio de la prestación de servicios de salud. Los pacientes pueden provenir de diversos orígenes culturales que trabajan y se dedican a la comunidad, pero es posible que no sean elegibles para la atención de beneficencia o Medicaid y que no tengan los recursos financieros para acceder a otra cobertura de seguro de salud. Las pautas de solicitud con el objeto de cumplir con estos fondos deben incluir al menos dos de los siguientes:

- Los solicitantes no deben tener seguro o deben pagar por sus propios medios (sin Medicaid, Medicare, seguros comerciales, etc.).
- Los solicitantes deben demostrar un historial de autosuficiencia (es decir, empleo).
- Los solicitantes deben demostrar una dependencia mínima de la asistencia benéfica privada o gubernamental.
- Los solicitantes deben pertenecer al área metropolitana de Nueva York, incluidos los cinco distritos de la ciudad, el condado de Fairfield, Connecticut; los condados de Rockland y Nassau, Nueva York; y los condados de Essex, Bergen, Hudson y Passaic, Nueva Jersey.
- Los solicitantes deben demostrar un historial de trabajo voluntario o de participación en actividades cívicas o culturales.

Puede enviar las solicitudes completas, incluidos los documentos de respaldo, a un asesor financiero en el Centro de Servicios para Pacientes y Familiares ubicado en la sala G-32, en la planta baja del hospital principal. Un asesor financiero puede contestar las preguntas acerca de la solicitud y los documentos de respaldo, comuníquese al (718) 960-6830 o al (718) 960-6831.

El Departamento de Crédito y Servicios Financieros para Pacientes revisará las solicitudes completas para su aprobación final. St. Barnabas Hospital intenta atraer a la población que no cumple con los requisitos para la cobertura de Medicaid y que tiene gastos médicos que exceden su nivel actual de ingresos. Intentamos aliviar su carga financiera en un entorno en el cual los costos de la atención médica y los seguros aumentan cada año.

F. Comunicación del Programa Access Best Care ("ABC") a los pacientes y al público.

St. Barnabas Hospital se encargará de divulgar el aviso sobre la asistencia financiera disponible en el hospital (el aviso incluirá un número de contacto) en diversos medios, que pueden incluir, entre otros, la publicación de folletos y, como parte del plan de Servicio Comunitario del Hospital (Community Service Plan), avisos en las facturas de los pacientes y mediante la publicación de avisos en lugares destacados, como entradas y salidas del Departamento de Urgencias, clínicas ambulatorias, departamentos de admisión y registro, oficinas comerciales del hospital y oficinas de servicios financieros para pacientes ubicadas en el campus del hospital y en otros lugares públicos que St. Barnabas Hospital seleccione. La información también se incluirá en la página web del hospital y en el formulario de condiciones de ingreso. Dicha información se proporcionará en los principales idiomas que la población que recibe atención en St. Barnabas Hospital habla, además del inglés, mediante la divulgación pública (destacada, evidente, visible) promovida por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Cualquier miembro del personal o del personal médico de St. Barnabas Hospital, incluidos médicos, profesionales de enfermería, asesores financieros, trabajadores sociales, administradores de casos, capellanes y patrocinadores religiosos, puede realizar una derivación de pacientes con fines benéficos. El paciente o un familiar, amigo cercano o asociado del paciente, puede hacer una solicitud de beneficencia sin perjuicio de las leyes de privacidad vigentes. Para obtener más información, comuníquese con nuestro asesor financiero al (718) 960-6830/6831 o diríjase al primer piso del Edificio de Atención Ambulatoria (Ambulatory Care Building) en 4487 Third Avenue, al otro lado de la calle del hospital, o al Centro de Servicios para Pacientes y Familiares al (718) 960-3812, en la Sala G-32 de la planta baja del hospital principal.

G. Prácticas y pautas de cobranza

La administración de St. Barnabas Hospital desarrolló procedimientos para las prácticas de cobranza internas y externas que tienen en cuenta el grado en el cual el paciente cumple con los requisitos para la beneficencia, el esfuerzo de buena fe del paciente para solicitar un programa gubernamental o para la beneficencia de St. Barnabas Hospital, y el esfuerzo de buena fe del paciente para cumplir con sus acuerdos de pago con St. Barnabas Hospital. Para los pacientes que cumplen con los criterios para la beneficencia y que estén colaborando de buena fe para pagar sus facturas del hospital, St. Barnabas Hospital puede ofrecer planes de pago extendido a los pacientes elegibles. Para aquellos saldos deudores con un mínimo de \$100, el Departamento de Cobranzas está autorizado a ofrecer y ejecutar un plan de pago a plazos. Junto con un plan de pago a plazos y, en conjunto con la sección de ayuda financiera de la ley de salud pública, el hospital acuerda las siguientes medidas:

- Proporcionar comunicación escrita al menos 30 días antes de que una cuenta sea enviada a cobranzas.
- Exigir a la agencia de cobranzas el consentimiento del hospital antes de iniciar una acción legal de cobranza.
- SBH no invocará una cláusula de aceleración mediante la cual el paciente o prestatario esté obligado a
- Pagar de manera inmediata el saldo pendiente bajo ciertas condiciones.
- SBH no enviará facturas impagas a agencias de cobranzas externas.
- SBH cesará todos los intentos de cobranza si se determina que un paciente es elegible para Medicaid u otro seguro en el momento de la prestación de los servicios.
- Los pagos mensuales no excederán el 10 % de los ingresos brutos proporcionados por el paciente.
- No se cobrarán intereses al pago.

El hospital llevará a cabo las siguientes acciones para trabajar con el paciente en las solicitudes de asistencia financiera, atención de beneficencia y cobertura de seguro:

- SBH no impondrá embargos de salario.
- SBH no impondrá gravámenes sobre las residencias principales.
- SBH establecerá procesos y establecerá controles de monitoreo que garanticen que todas las agencias de cobranzas y proveedores relacionados cumplan con la ley de asistencia financiera y adhieran a todos los componentes y transacciones prohibitivas establecidas en la presente política.

H. Requisitos normativos

Al implementar esta política, la administración y las instalaciones de St. Barnabas Hospital deben cumplir con todas las demás leyes, reglas y regulaciones federales, estatales y locales que puedan aplicarse a las actividades realizadas de conformidad con esta política.



La Regulación 501(r) del IRS requiere que el hospital calcule el monto generalmente facturado a los pacientes que tienen seguro y para asegurar que a los pacientes que califican para el Programa de Asistencia Financiera no se les cobre más que el monto generalmente facturado a los planes de seguro por emergencias u otra atención necesaria médica. El Hospital no le cobrará a una persona elegible para el Programa de Asistencia Financiera un monto superior al que generalmente factura a los planes de seguro.

St. Barnabas Hospital utiliza el "método de actualización" ("Look Back Method") descrito por el IRS en las regulaciones 501(r). Este método compara los cargos por las reclamaciones procesadas por las compañías de seguros y Medicare con los "montos permitidos" para esos servicios. Los "montos permitidos" se refieren a la parte que el seguro y Medicare pagan o asignan al paciente para que pague.

El porcentaje se actualiza anualmente, en función de la actividad proporcionada hasta el 31 de diciembre y se compara con la política de asistencia financiera y los cálculos relacionados dentro de los 120 días. Los porcentajes están disponibles previa solicitud.

I. Proceso de apelación

Todo paciente sin seguro o con seguro insuficiente tiene derecho a la asistencia personalizada para completar el proceso de solicitud de asistencia financiera/atención de beneficencia. St. Barnabas Hospital ofrecerá a los pacientes un asesor financiero que pueda proporcionar asistencia, en su idioma, o a través de intérpretes telefónicos calificados, en cada fase del proceso de solicitud de asistencia financiera/atención de beneficencia. Los pacientes que deseen impugnar la decisión del Hospital con respecto a su elegibilidad para la asistencia financiera o la atención de beneficencia deben enviar una carta solicitando la reconsideración, el motivo de la solicitud y toda la documentación que respalde dicha solicitud. La carta debe ser devuelta al Departamento de Crédito de St. Barnabas Hospital. En caso de que se deniegue la Asistencia Financiera/Atención de Caridad debido a la falta de cumplimiento de los requisitos de elegibilidad, el hospital proporcionará ayuda con otras alternativas de asistencia financiera. Adicionalmente, a partir de julio de 2014, la correspondencia de denegación incluirá información de contacto del Departamento de Salud del Estado de Nueva York. En caso de que un paciente considere que el Hospital no está cumpliendo con los derechos de ayuda financiera del paciente, la carta de denegación incluirá el número de la línea directa del Departamento de Salud al (800) 804-5447. Para presentar una queja por escrito, la dirección postal es:

New York State Department of Health
Centralized Hospital Intake Program
Mailstop: CA / DCS
Empire State Plaza
Albany, New York 12237