

 <p>Manual de política organizacional de ST. MARY'S</p>		Política n.º PR 4.9
	Título:	Política de ayuda económica
	Reemplaza la política:	PR 4.7
	Originador de la política:	Director, Cuentas del paciente
	Concurrencia:	VP, Finanzas/CFO
<p>Capítulo Ayuda económica para pacientes</p>	Fecha de inicio:	08/01/2024
	Fecha de revisión/modificación:	07/15/2024
	Aprobación:	Junta directiva de St. Mary's
	Fecha:	Agosto de 2024

I. Declaración de la política:

St. Mary's Healthcare ("Organización") quiere asegurar una práctica socialmente justa para dar atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria en las instalaciones de la organización. La organización ha diseñado esta política para tratar la elegibilidad de ayuda económica para pacientes que están agobiados económicamente y reciben atención de la organización.

1. Toda ayuda económica reflejará el compromiso de la organización con, y la reverencia por, la dignidad humana individual y el bien común, nuestra especial preocupación y solidaridad con las personas que viven en la pobreza y otras personas vulnerables, y nuestro compromiso con la justicia distributiva y el buen manejo de fondos.
2. Esta política se aplica a todos los servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios que presta la organización, incluyendo los servicios de médicos empleados y la salud conductual. Esta política no se aplica a los acuerdos de pago para procedimientos electivos y otra atención que no sea atención de emergencia o médicamente necesaria.
3. Se adjunta a esta política una lista de profesionales de la salud que prestan servicios de atención en las instalaciones de la organización y qué profesionales de la salud están cubiertos y no cubiertos según esta política de ayuda económica.

II. Definiciones:

A los fines de esta Política, se aplican las siguientes definiciones:

- “501(r)” significa la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos y las reglamentaciones promulgadas según dicha sección.
- “Cantidad generalmente facturada” o “AGB” significa, con respecto a la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria, la cantidad generalmente facturada a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención.
- “Atención de emergencia” significa atención para tratar una afección médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluyendo dolor intenso) de modo que la ausencia de atención médica inmediata puede dar como resultado una deficiencia grave de la función corporal, disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo, o poner en grave peligro la salud de la persona.
- “Sin hogar” significa una persona o familia que carece de una residencia nocturna fija, habitual y adecuada, lo que significa (i) que tiene una residencia nocturna principal que es un lugar público o privado que no está destinado para la habitación humana, (ii) que vive en un refugio operado pública o privadamente.
- “Ingresos del grupo familiar” significa salarios, sueldos, subsidio de desempleo, Compensación de los trabajadores, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, ingresos por pensión o jubilación, rentas de propiedades, ganancias y honorarios de su propia empresa, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de patrimonios, fideicomisos, pensiones alimenticias, manutención de menores y otras fuentes diversas. Los ingresos familiares se determinan antes de pagar los impuestos y excluyen las pérdidas o ganancias de capital. Si una persona vive con una familia, se pueden considerar los ingresos de todos los miembros. (No cuentan los miembros del grupo familiar que no sean familiares). Los beneficios que no son de dinero en efectivo, como los cupones de alimentos y los subsidios de vivienda, no se consideran como ingresos.
- “Atención médicamente necesaria” significa, según se define en la sección 1867 de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) (42 U.S.C. 1395dd), también conocida como la Ley de tratamiento médico de emergencia y trabajo de parto activo (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA), una afección médica que se manifiesta con síntomas agudos de gravedad suficiente como para que pueda esperarse razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata dé como resultado: (i) poner en grave peligro la salud de la persona; (ii) una deficiencia grave de las funciones corporales; o (iii) una disfunción grave de cualquier parte de un órgano o parte del cuerpo. EMTALA también define una afección médica de emergencia que incluye a una mujer embarazada que está teniendo contracciones.
- “Organización” se refiere a St. Mary’s Healthcare.

- “Paciente” significa aquellas personas que reciben atención de emergencia o médicamente necesaria en la organización y la persona que es económicamente responsable por la atención prestada.

III. Política

Ayuda económica proporcionada

La organización pone la ayuda económica disponible a todas las personas con seguro insuficiente o sin seguro que califiquen para recibir ayuda con sus facturas médicas. A ninguna persona que sea elegible para recibir ayuda económica se le cobrará más por atención de emergencia o médicamente necesaria que la cantidad de descuento correspondiente que se describe en las reglamentaciones del IRS 26 CFR 1.501(r).

La organización ofrece ayuda económica de acuerdo con esta Política de ayuda económica (FAP). Esta FAP se desarrolló para cumplir todas las reglamentaciones federales y estatales, incluyendo las reglamentaciones del IRS 26 CFR 1.501(r) y la Ley de salud pública de NYS (NYS Public Health Law), 2807-k(9-a).

1. La determinación de la elegibilidad está basada en lo siguiente:
 - a. Los ingresos del grupo familiar y el tamaño de la familia.
 - b. Los ingresos brutos mensuales de los pacientes no pueden exceder el 400 % de las Directrices federales de pobreza (Documento adjunto A).
 - c. Los pacientes deben haber acumulado un costo compartido médico de más del 10 % de sus ingresos brutos mensuales en los últimos 12 meses.

El Documento adjunto A se revisará con regularidad para reflejar las actualizaciones en las Directrices federales de pobreza por ingresos según las extienda el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) sin necesidad de aprobar de nuevo esta política.

2. Los pacientes sin hogar son automáticamente elegibles para recibir ayuda económica.
3. La organización puede considerar que el paciente es posiblemente elegible si se identifica información suficiente para calificar al paciente para recibir ayuda económica.
4. Servicios cubiertos y área de servicio: los servicios cubiertos incluyen todas las sedes de la organización que prestan servicios considerados médicamente necesarios. Estos servicios están cubiertos según la dirección principal del paciente que se encuentra en su cuenta. La organización aceptará solicitudes para todos los códigos postales. La aprobación estará a discreción de la organización para aprobar solicitudes no incluidas en nuestra área de servicio principal cubierta, como se indica abajo:

12032
12835

12117
12134
13470
12010
12025
12068
12069
12070
13339
12078
12086
12095
13452

Servicios excluidos

La ayuda económica para pacientes se usará para todos los servicios médicamente necesarios que presta la organización, excepto para procedimientos electivos o cosméticos. Los cargos de médicos/profesionales de la salud privados (no empleados) que prestan servicios en la organización no están cubiertos por el programa. La FAP no se aplicará a los saldos de los pacientes debido a problemas de coordinación de beneficios, o a la incapacidad del paciente de presentar al seguro la documentación que solicite o de dar al centro la información necesaria para facturar a un seguro/compañía de seguros. Los pacientes que opten por no tener cobertura de seguro disponible no serán elegibles para la ayuda económica, salvo que exista una prohibición cultural. Cuando la organización evalúa la elegibilidad del paciente para recibir ayuda económica puede considerar la elegibilidad del paciente para otras fuentes de pago disponibles y la cooperación del paciente para asegurar esas otras fuentes de pago (por ejemplo, Medicaid o cualquier programa de asistencia de copago o deducible disponible, como Ahorros de Botox One y Asistencia con el copago de Vyepti). Los servicios de más de ciento ochenta (180) días retroactivamente desde la fecha de recepción de la solicitud están excluidos.

Cálculos

La ayuda económica se da en forma de un porcentaje de costo compartido para pacientes con seguro insuficiente y un porcentaje de la tarifa actual de Medicaid para pacientes sin seguro. La organización usa la metodología actual representada en la Sección 501(r) del IRS para determinar los descuentos económicos para aquellos que han solicitado ayuda económica. El porcentaje de descuento dado está basado en los ingresos del grupo familiar y el tamaño de la familia, usando la metodología de costo compartido hasta del 400 % de las Directrices federales de pobreza por ingresos vigentes en el momento de la decisión de elegibilidad y actualizadas anualmente. Para ser elegible para recibir ayuda económica, el paciente debe haber acumulado costos médicos compartidos que superen el 10 % de sus ingresos brutos mensuales en los últimos 12 meses (por ejemplo, estados de cuenta médicos y dentales con cantidad de costo compartido).

Ejemplo: paciente con seguro insuficiente

Saldo del paciente	50.00
Costo compartido médico (últimos 12 meses)	200.00
Ingresos brutos mensuales (familia de 1)	2,000.00
Costo compartido médico acumulado comparado con los ingresos brutos mensuales	10 %
Responsabilidad del paciente	10 % del saldo actual del paciente

Ejemplo: paciente sin seguro

Saldo del paciente	50.00
Costo compartido médico (últimos 12 meses)	200.00
Ingresos brutos mensuales (familia de 1)	2,000.00
Costo compartido médico acumulado comparado con los ingresos brutos mensuales	10 %
Responsabilidad del paciente	10 % de la tarifa actual de Medicaid de NYS

IV. Procedimiento

Los pacientes tienen un máximo de ciento ochenta (180) días para solicitar ayuda económica a partir de la fecha indicada en el primer estado de cuenta “posterior al alta”. Según las directrices del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service), un estado de cuenta por atención se considera “posterior al alta” si se da a una persona después de que el paciente recibió atención, ya sea como paciente hospitalizado o ambulatorio, y la persona ha dejado el hospital. Las solicitudes aprobadas son válidas por ciento ochenta (180) días a partir de la fecha de aprobación y ciento ochenta (180) días retroactivamente. Las cuentas que se hayan colocado en estado de deuda incobrable antes de la fecha de presentación de la solicitud de ayuda económica no se tendrán en cuenta para la ayuda económica.

Aquellos que busquen ayuda económica deberán presentar lo siguiente:

- Solicitud completa
- Facturas médicas acumuladas (por ejemplo, estados de cuenta médicos o dentales con cantidades de costo compartido)
- Copias de los comprobantes de pago actuales de un mes o prueba de otra fuente de ingresos
- Copias de los dos últimos estados de cuenta bancarios
- Declaración de impuestos federales más reciente
- Solicitud completa para Medicaid, junto con copia de la carta de denegación si los ingresos del paciente son superiores a los niveles de ingresos para Medicaid

1. Cuando corresponda, se pedirá a los pacientes que soliciten Medicaid u otros programas de seguro patrocinados públicamente. Habrá recursos disponibles para ayudar a los pacientes en ese proceso. Es posible que se exija al paciente que cumpla la cantidad de responsabilidad económica para que Medicaid cubra los servicios. Cualquier pago que el paciente deba hacer a la organización puede incluir, entre otros, la cantidad de responsabilidad económica y las cantidades de copago o deducible, que son elegibles para consideración en nuestra FAP. Si no se presenta la solicitud o no se cumplen los requisitos de solicitud de Medicaid, dará como resultado la denegación de la ayuda económica.
2. Se retendrán las solicitudes incompletas y se avisará al solicitante sobre la información obligatoria que falte, que deberá presentar en el plazo de 30 días a partir de la fecha del aviso por escrito. Si el paciente no cumple este requisito, la solicitud será denegada y la organización reanudará las actividades de facturación y cobro. El paciente tiene la opción de dar la información obligatoria después del plazo de 30 días.
3. Se tomará una resolución de si un paciente califica en el plazo de 30 días después de la recepción de la solicitud completa. Si un paciente califica para recibir ayuda económica, recibirá un aviso por escrito de la cantidad del descuento de ayuda económica, y una carta de aprobación de ayuda económica en la que se indicará el período de cobertura, la cantidad del descuento y todos los dependientes elegibles del grupo familiar.
4. A los pacientes aprobados se les permitirá establecer un plan de pago mensual razonable sobre cualquier saldo restante después del descuento de ayuda económica. En ningún caso, las cuotas mensuales superarán el 5 % de los ingresos brutos mensuales del paciente elegible ni contendrán una cláusula de aceleración o una penalización por intereses. Hay disponible orientación económica para acordar planes de pago mensuales asequibles que pueden extenderse hasta 2 años.
5. La elegibilidad para recibir ayuda económica entrará en vigor en la fecha del servicio cubierto que solicitó el paciente/garante. El período de cobertura se extenderá por ciento ochenta días a partir de la fecha en que se concedió la aprobación. La organización puede pedir a los pacientes que vuelvan a enviar una solicitud para ayuda económica cuando haya un cambio en la situación económica.

Pacientes sin seguro/Grupo cristiano anabaptista

A los pacientes que no son elegibles para recibir ayuda económica no se les cobrará individualmente más que el AGB, o las cantidades generalmente facturadas por los mismos servicios por el pagador comercial de mayor volumen de la organización, por atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria, y no más que los cargos brutos para toda otra atención médica. La organización calculará un porcentaje de AGB usando el método de “cálculo retroactivo” e incluyendo el pago por servicio de Medicare y todas las compañías de seguro médico privadas que pagan reclamos a la organización, todo de acuerdo con 501(r). Se puede obtener una copia gratuita del cálculo y porcentaje de AGB en el Departamento de Finanzas (Finance Department) de la organización, llamando al 518-841-7434. A los pacientes sin seguro se les dará el descuento de AGB basándose en el momento en que se prestaron los servicios, junto con un descuento por pronto pago del 10 % si el saldo total de la cuenta se paga en su totalidad en el plazo de 30 días después del envío por correo del primer estado de cuenta.

A los miembros de la comunidad Amish también se les dará el descuento de AGB en el momento en que se presten los servicios y serán elegibles para un descuento por pronto pago del 10 % si la parte total del saldo de la cuenta se paga en el plazo de 30 días después del envío por correo del primer estado de cuenta.

El director financiero determinará más descuentos para aquellos del Grupo cristiano anabaptista que no puedan cumplir los requisitos de ayuda económica para una solicitud exitosa.

Anexo A

		Responsabilidad del paciente			
		100 % de descuento	10 %	20 %	20 %
Tamaño de la familia		Ingresos brutos anuales			
1	\$15,060	\$30,120	\$45,180	\$60,240	\$81,760
2	\$20,440	\$40,880	\$61,320	\$81,760	\$103,280
3	\$25,820	\$51,640	\$77,460	\$93,600	\$124,800
4	\$31,200	\$62,400	\$93,600	\$109,740	\$146,320
5	\$36,580	\$73,160	\$109,740	\$125,880	\$167,840
6	\$41,960	\$83,920	\$125,880	\$142,020	\$189,360
7	\$47,340	\$94,680	\$142,020	\$174,300	\$232,400
8	\$52,720	\$105,500	\$158,250	\$190,440	\$253,920
9	\$58,100	\$116,200	\$174,300	\$190,440	\$253,920
10	\$63,480	\$126,960	\$190,440	\$190,440	\$253,920
Cada adicional	\$5,380	\$5,380	\$5,380	\$5,380	\$5,380
	100 %	200 %	300 %	400 %	
	Nivel de pobreza				
Sin seguro	Porcentaje de la tarifa actual de Medicaid				
Seguro insuficiente	Porcentaje de costo compartido				

V. Procedimiento

Los pacientes son elegibles para Medicaid de NYS con ingresos del grupo familiar hasta del 138 % del Nivel federal de pobreza (FPL). Las mujeres embarazadas y los bebés son elegibles hasta por el 218 % del FPL.

Las directrices de ingresos del grupo familiar proceden de los Niveles federales de pobreza por ingresos publicados en el Registro Federal.

La organización revisará la solicitud de los solicitantes que cumplan estos criterios para aprobarla y determinar el costo compartido aplicable o el porcentaje de responsabilidad de la tarifa actual de Medicaid.

Anexo B

ST. MARY'S HEALTHCARE (“Organización”)

**LISTA DE PROFESIONALES DE LA SALUD CUBIERTOS POR LA POLÍTICA DE AYUDA
ECONÓMICA**

1 de abril de 2024

De acuerdo con la Sección 1.504(r)-4(b)(1)(iii)(F) del Reglamento y el Aviso 2015-46, esta lista especifica qué profesionales de la salud de atención de emergencia y médicamente necesaria prestada en el centro hospitalario están cubiertos por la Política de ayuda económica (FAP).

<u>Profesionales de la salud cubiertos por FAP</u>		
Arminio-Swartz, Stacy CNM	Gilston, Mary LCSW-R	Reddy, Sarada MD
Ashley, Christopher C. MD	Godoy, Heidi MD	Rooney, Danielle MD
Bellen, Byren NP	Hardies, Michael MD	Russell, Maureen FNP
Beyer, Sarah PA	Hinch, Phrances NPP	Salmon, Randie CFNP
Burnsby, Crystal, NP	Hollis, Jesse DO	Santiago, Nichole FNP
Cappadocia, Shane CRNA	Hotaling, Maddie CRNA	Sarwer, Wafia MD
Carlson, Joshua MD	Howland, Ashley PMHNP	Savery, Patrick DO
Carondelet Regional Medical, PC	Izzano, James MD	Savoie, Jeri Lynne FNP
Catalano, Kathleen DO	Iris Telehealth Medical Group, PA (solo servicios de telesalud y diagnóstico de salud conductual)	Saxena, Parul MD
Chan Galapon, Monina	Jajor, Nagaraj MD	Schriner, Lori FNP
Charland, James M. MD	James, Philip MD	Sculco, Deborah MD
Cirilla, Dennis DO	Jean, Geraldine DO	Selby, Linda NP
Comber, Paul MD, PhD	Johnson, Abigail PA	Sheridan, Michael DO
Conjalka, Michael MD	Kapusniak, Monika CRNA	Signor, Gary PA
Cope, Kevin MD	Kimball, Carrie PMHNP	Sinchak, Joseph MD
Cummings, Walter DO	Klausner, Theresa NP	Sohail, Muhammad Adnan MD
DeStefano, Nicholas CRNA	Lawrence, Anthony Gilbert MD	Sohns, Chelsea FNP
Detweiler, Samuel Dean MD	Lee, Sean MD	Sparks, Cheryl ANP
Dionne, Abigail PA-C	Lee, Sharon MD	Sumigray, Megan MD
Droege, Robert MD	Loeber, Russell MD	Surh, Myung MD
Dutcher, Jacob CRNA	Majeed, Mahvash MD	Sweet, Meagan FNP
Dutcher, Joseph CRNA	Marsh, Ronald MD	Syta, Cheryl NP
Edeh, Chinonye PMHNP	Maslack, Bruce MD	Tournas, Anthansios MD
Elma, Elmer PMHNP	Mayer, William MD	Upstate NY Emergency Physicians, PLLC (solo servicios prestados en sedes de atención de urgencia)
Elnagar, Khalid, MD	Mehling, Jennifer FNP	Venditti, Thomas RPA-C
Fedullo, John L. DO	Mian, Badar MD	Venerosa, Joan PA
Fiorini, Jennifer NP	Mumtaz, Choudhry MD	Wachtmeister, Erika DO
Forlano, William MD	O'Neill, Rita FNP	Wajeeh Sana Physicians, PC (solo servicios prestados en sedes de atención de urgencia)
Fraser, Albert MD	Opese, Alpha DPM	Weis, George DO
Gagliardi, Diane ANP	Patillo, Melissa ANP	Yoon, Hannah MD
Galea, Patricia ANP	Pride-Boone, Janice MD	
García, Alexander MD		
Ghazi-Moghadam, Mohammad Reza, MD		

Profesionales de la salud no cubiertos por FAP

Amsterdam Pathology Associates, P.C.
Cardiology Associates of Schenectady, P.C./St. Peter's Health Partners
Robert Dicaprio, DPM
Emily Etzkorn, M.D., P.C.
John R. Kearney, MD
Soo Gil Lee, MD
Millennium Medical Imaging, P.C.
Mohawk Valley Orthopedics, P.C.
Nathan Littauer Hospital
New York Oncology Hematology, P.C.
Northeast Foot Care, PLLC
Schenectady Pulmonary & Critical Care Associates
Karen Tan, MD
Upstate NY Emergency Physicians, PLLC (solo servicios prestados en las sedes de la sala de emergencias)
Upstate NY Hospital Physicians, PLLC
Wajeeh Sana Physicians, PC (todos los servicios prestados que no sean en sedes de atención de urgencia)
Adam Weiss, DDS