

 <p>Manual de política organizacional de ST. MARY'S</p>	Política n.º PR 4.9	
	Título:	Política de ayuda económica
	Sustituye a la política:	PR 4.7
	Originador de la política:	director, Cuentas del Paciente (Patient Accounts)
<p style="text-align: center;">Capítulo Ayuda económica para pacientes</p>	Concurrencia:	VP, Finanzas/CFO
	Fecha de inicio:	08/01/2024
	Revisado/fecha de revisión:	07/15/2024
	Aprobación:	Junta Directiva de St. Mary's
	Fecha:	Octubre 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 los centros de la Organización. La Organización diseñó esta política para tratar la elegibilidad para ayuda económica a pacientes que están agobiados económicamente y reciben atención de la Organización.

1. Toda ayuda económica debe reflejar el compromiso de la Organización con y el respeto por la dignidad humana individual y el bien común, nuestra especial preocupación y solidaridad con las personas que viven en la pobreza y con 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 contratados 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. Una lista de proveedores que prestan servicios de atención en los centros de la Organización y de los proveedores que están cubiertos y no cubiertos según esta política de ayuda económica se adjunta a esta Política.

II. Definiciones:

Para 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 condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluyendo dolor intenso) de manera que no recibir 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 no tiene 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 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 ingresos.
- “Atención médicamente necesaria” significa, según se define en la sección 1867 de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. 1395dd), también conocida como Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (Ley de tratamiento médico de emergencia y trabajo de parto activo “EMTALA”), una condición médica que se manifiesta con síntomas agudos de gravedad suficiente como para que pueda esperarse razonablemente que la falta 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 condición médica de emergencia que incluye a una mujer embarazada que tiene 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 dada

La Organización tiene ayuda económica disponible para 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 medicamento 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 de NYS Public Health Law (Ley de salud pública de NYS), 2807-k(9-a).

1. La determinación de la elegibilidad se basa 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 400 % de las directrices federales de pobreza (Anexo A).
 - c. Los pacientes con seguro insuficiente deben haber acumulado un costo médico compartido de más de 10 % de sus ingresos brutos mensuales en los últimos 12 meses.
 - d. Los pacientes sin seguro recibirán un descuento de escala variable (Anexo A)

*Las solicitudes de pacientes que se consideren con ingresos brutos iguales o menores a 200 % de las directrices federales de pobreza, según los Ingresos del grupo familiar y el tamaño de la familia, recibirán un descuento de 100 %.

El 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 hay información suficiente que califique 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 basándose en la dirección principal que está en la cuenta del paciente. La Organización aceptará solicitudes para todos los códigos postales. La aprobación de solicitudes que no están incluidas en nuestra área de servicio principal cubierta será a discreción de la Organización. 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/proveedores privados (no contratados) que prestan servicios en la Organización no están cubiertos por el programa. FAP no se aplicará a los saldos de los pacientes debido a problemas de coordinación de beneficios, ni a la incapacidad del paciente de presentar al seguro la documentación que pida, ni 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 [Botox One Savings] y Asistencia con el copago de Vyepti [Vyepti Co-pay Assistance]). Se excluyen los servicios de más de ciento ochenta (180) días retroactivamente desde la fecha de facturación del primer estado de cuenta.

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. Para todos los pacientes que están en o por debajo de 200 % del Nivel federal de pobreza, se da un descuento de 100 %. 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 se basa en los Ingresos del grupo familiar y el tamaño de la familia, usando la metodología de costo compartido hasta de 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 acumular costos médicos compartidos que superen 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)	4,000.00
Costo compartido médico acumulado comparado con los ingresos brutos mensuales	10 %
Responsabilidad del paciente	20 % del saldo actual del paciente

Ejemplo: Paciente sin seguro

Saldo del paciente	100.00
Costo compartido médico (últimos 12 meses)	N/A
Ingresos brutos mensuales (familia de 1)	3,000.00
Responsabilidad del paciente	10 % del porcentaje de la tarifa actual de Medicaid

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 “después del alta”. Según las directrices del Servicio de Impuestos Internos, un estado de cuenta por atención se considera “después del alta” si se da a una persona después de que el paciente recibió atención, ya sea como paciente hospitalizado o ambulatorio y la persona recibió el alta el hospital. Las solicitudes aprobadas son válidas por ciento ochenta (180) días a partir de la fecha de aprobación. Las cuentas que se han 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.

Se usa la Solicitud uniforme de ayuda económica de hospital de NYS publicada en octubre de 2024 para todas las solicitudes de pacientes.

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 se denegará 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 determinará 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 deben exceder 5 % de los ingresos brutos mensuales del paciente elegible ni incluirán una cláusula de aceleración o una penalización por intereses. Hay consejería económica disponible para acordar planes de pago mensuales asequibles que se pueden extender hasta por 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 si hay un cambio en la situación económica.

Pacientes sin seguro/Grupo cristiano anabautista

A los pacientes que no son elegibles para recibir ayuda económica no se les cobrará individualmente más que AGB o las cantidades generalmente facturadas por los mismos servicios por el pagador comercial de más volumen de la Organización, por atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria y no más que los cargos brutos por cualquier 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 privadas de seguros médicos que pagan reclamos a la organización, todo según el 501(r). 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 según el momento en el que se prestaron los servicios, junto con un descuento de 10 % por pronto pago 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 el que se presten los servicios y serán elegibles para un descuento de 10 % por pronto pago 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 anabautista que no puedan cumplir los requisitos de ayuda económica para una solicitud exitosa.

V. Apéndice

Anexo A

Responsabilidad del paciente				
Tamaño de la familia	100 % de descuento	100 % de descuento	10 %	20 %
1	\$15,060	\$30,120	\$45,180	\$60,240
2	\$20,440	\$40,880	\$61,320	\$81,760
3	\$25,820	\$51,640	\$77,460	\$103,280
4	\$31,200	\$62,400	\$93,600	\$124,800
5	\$36,580	\$73,160	\$109,740	\$146,320
6	\$41,960	\$83,920	\$125,880	\$167,840
7	\$47,340	\$94,680	\$142,020	\$189,360
8	\$52,750	\$105,500	\$158,250	\$211,000
9	\$58,100	\$116,200	\$174,300	\$232,400
10	\$63,480	\$126,960	\$190,440	\$253,920
Cada adicional	\$5,380	\$5,380	\$5,380	\$5,380
	100 %	200 %	300 %	400 %
Nivel de pobreza				
Sin seguro	Porcentaje de la tarifa actual de Medicaid o descuento de 100 %			
Seguro insuficiente	Porcentaje de costo compartido o descuento de 100 %			

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