

	<b>NIVEL DE LA POLÍTICA</b> <input checked="" type="checkbox"/> Garnet Health <input type="checkbox"/> Garnet Health Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Garnet Health Medical Center - Catskills <input type="checkbox"/> Garnet Health Doctors <input type="checkbox"/> Garnet Health Urgent Care	Página 1 de 5
<b>SE APLICA A:</b> <input checked="" type="checkbox"/> System <input checked="" type="checkbox"/> Organization <input type="checkbox"/> Department (specify) <input type="text"/>	<b>CATEGORÍA:</b> <input type="text" value="Financial Assistance Program"/>	<b>NÚMERO DE CONTROL DE DOCUMENTO:</b> <input type="text"/>

**Título:**  
**POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA**

<b>Anexos:</b> <b>A. Política de asistencia financiera</b>	<b>B. Solicitud de ayuda financiera</b> <b>C. Carta de presentación</b> <b>D. Aviso de determinación</b>	<b>E. Formulario de apelación</b> <b>F. Escala móvil</b>
---	--	---

**Propósito:**

Proporcionar una reducción de la responsabilidad del paciente o de la parte responsable para todos los pacientes no asegurados o con seguro insuficiente. Los cargos de todos los pacientes no asegurados se ajustarán al costo aproximado más un leve incremento. El paciente o la parte responsable puede recibir reducciones adicionales de atención de beneficencia según la necesidad financiera. Todas las determinaciones se adoptarán de forma no discriminatoria, después de una revisión individualizada de toda la documentación y de la solicitud enviada. La elegibilidad para recibir Asistencia financiera se basará en las actuales pautas sobre ingresos establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos Federal y publicadas en el Registro Federal, que abarcan las reducciones de escala móvil hasta un 350 % del Índice Federal de Pobreza (FPG). Mensualmente, se completará una revisión de archivos por lote para establecer la elegibilidad presunta, la que llevará a cabo nuestro proveedor externo mediante software patentado para calcular los ingresos.

**Definiciones:**

**AGB** son las "Cantidades generalmente facturadas" por atención de emergencia o de otro tipo medicamento necesaria para personas que tienen cobertura de seguro. "Período de solicitud" es el período durante el cual Garnet Health debe aceptar y procesar una solicitud de asistencia financiera conforme a su FAP enviada por una persona con el fin de hacer esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para recibir asistencia financiera conforme a la política. El Período de solicitud comienza en la fecha en que se proporcionó la atención y finaliza en el día 240 después de la fecha en que se proporcionó el primer estado de cuenta posterior al alta o al menos 30 días después de que Garnet Health proporcione a la persona una notificación por escrito que establece un plazo después del cual se podrán iniciar medidas de cobranza extraordinarias ("ECA"), lo que ocurra después.

**Servicios electivos** significa que un tratamiento o procedimiento que el paciente o el médico elige y que es ventajoso para el paciente, pero que no es médicamente necesario o urgente para una afección que no es de riesgo vital (por ejemplo, cirugía estética) o cargos discrecionales, como habitaciones privadas o enfermería privada, no están cubiertos por esta política.

**EMTALA** es la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo, 42 USC 1395dd.

**FAP** es la Política de asistencia financiera.

**FPG** es el Índice Federal de Pobreza.

**Servicios médicamente necesarios** significa un tratamiento que es un servicio de salud cubierto o un tratamiento que es obligatorio para proteger y mejorar el estado de salud de un paciente, y que podría afectar negativamente el estado del paciente si se omite, de acuerdo con los estándares aceptados de la práctica médica.

**Política:**

Garnet Health tiene la política de proporcionar el nivel de asistencia financiera para el tratamiento de emergencia, de urgencia y médicamente necesario al mayor número de pacientes que residen en el área primaria de servicio de Garnet Health, así como a pacientes que trabajan, residen o visitan el área primaria de servicio. Garnet Health se reserva el derecho de negarse a proporcionar asistencia financiera para servicios electivos.

El Resumen de asistencia financiera sintetiza esta Política de asistencia financiera y estará a disposición de todos los pacientes en todos los establecimientos en el momento de recibir el servicio y en la facturación. (Anexo A)

**Compromiso de proporcionar atención médica de emergencia:** Garnet Health ofrece, sin discriminación, atención para afecciones médicas a personas independientemente de si son elegibles para asistencia conforme a esta política. Garnet Health no participará en acciones que disuadan a las personas de buscar atención médica de emergencia, como exigir que los pacientes del departamento de emergencia paguen antes de recibir tratamiento por afecciones médicas de emergencia o permitir actividades de cobro de deudas que interfieran con la prestación, sin discriminación, de atención médica de emergencia. Se proporcionan servicios médicos de emergencia, incluidos los traslados de emergencia, a todos los pacientes de Garnet Health de forma no discriminatoria, conforme a la política de EMTALA de Garnet Health.

**Medidas para publicitar ampliamente la disponibilidad de asistencia financiera:** Garnet Health implementa diversas medidas para publicitar ampliamente la disponibilidad de asistencia financiera en las comunidades que atiende. Entre otros aspectos, Garnet Health publicitará la existencia de su programa de asistencia financiera a la comunidad atendida mediante la publicación de una copia de la FAP, la solicitud de FAP y un resumen de la FAP en un lenguaje sencillo en su sitio web. Además, los estados de cuenta del paciente informarán a los pacientes de la existencia del programa de asistencia financiera y se publicará un aviso de disponibilidad del programa de asistencia financiera en las áreas de Registro de Pacientes, Crédito y Cobranza, Facturación, el Departamento de Emergencia y las salas de espera para pacientes.

**Descuentos para pacientes no asegurados o con seguro insuficiente:** Garnet Health Centers ofrece un descuento a todos los pacientes no asegurados por todos los servicios que lleva a una reducción de los cargos a un costo aproximado, más un leve incremento. Garnet Health Doctors/Garnet Health Urgent Care ofrecen un descuento a todos los servicios (excluidos los estéticos) mediante el uso de la Lista de tarifas de Medicare vigente RBRVS Loc03.

Además, Garnet Health proporciona descuentos adicionales para los pacientes no asegurados y con seguro insuficiente elegibles para asistencia financiera. Los procedimientos correspondientes a este descuento se deben considerar médicamente necesarios para calificar. Los servicios electivos no califican para este descuento adicional:

- Los pacientes no asegurados y con seguro insuficiente en el 200 % o menos del Índice Federal de Pobreza recibirán 100 % de descuento en la responsabilidad del paciente.
- Los pacientes no asegurados y con seguro insuficiente sobre el 200 % del Índice Federal de Pobreza pueden calificar para descuentos adicionales basados en una escala móvil de ingresos.
- Para los pacientes cuya elegibilidad esté entre el 200 % y el 350 %, no se considerarán recursos.

**Autoridad para aprobar y actualizar el descuento:** de forma permanente, y como mínimo anualmente, se les ha

conferido al Director de Finanzas (CFO) o al Vicepresidente de Estrategia de Ingresos y Atención Administrada, la autoridad de aprobar y actualizar los descuentos en los cargos de acuerdo con costos actualizados.

**Base para calcular las cantidades cobradas a pacientes elegibles para asistencia financiera:** después de una determinación de elegibilidad conforme a esta política, a un paciente elegible para asistencia financiera no se le cobrará más que las AGB por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria. Garnet Health usa el método retrospectivo para determinar las AGB para cada uno de sus establecimientos hospitalarios. Según este método, las AGB se calculan dividiendo la suma de todas las reclamaciones de emergencia y otra atención médicamente necesaria que haya permitido el pago por servicio de Medicare que paga reclamaciones al establecimiento hospitalario respectivo durante un período previo de 12 meses por la suma de los cargos brutos asociados correspondientes a esas reclamaciones. Garnet Health comenzará a aplicar el porcentaje de AGB a los 120 días después del fin del período de 12 meses utilizado en el cálculo. El público puede obtener el porcentaje de AGB actual para cualquier ubicación de Garnet Health de forma gratuita si envía una solicitud por escrito al Departamento de Crédito y Cobranza, como se indica al final de esta política o en línea en [www.garnethealth.org](http://www.garnethealth.org). Garnet Health no factura ni espera el pago de cargos brutos del paciente o la parte responsable que califica para asistencia financiera conforme a esta política. No se cobrará a los pacientes más que las AGB.

**Cómo solicitar asistencia financiera:** se realizará una evaluación de la situación financiera del paciente con el uso de una Solicitud de asistencia financiera (con documentación de respaldo del paciente o la parte responsable) (Anexos B y C).

- Un paciente o una persona en su nombre, incluido un miembro del personal de Garnet Health, puede llenar el formulario de solicitud.
- Todas las solicitudes deben ser firmadas y fechadas por la persona que hace la solicitud.
- Las solicitudes no se considerarán completas hasta que no se haya proporcionado toda la documentación de ingresos.
- Todas las solicitudes indicarán la fecha, el nombre y el cargo del empleado de Garnet Health que revisa dicha solicitud.
- Como parte del asesoramiento de asistencia financiera, se evaluará la elegibilidad del paciente para Medicaid, si todavía está dentro del plazo (90 días) a partir de la fecha de servicio.

**Determinaciones de elegibilidad para asistencia financiera:** la determinación de elegibilidad se hará, por escrito, para cada solicitante en un plazo de 30 días de la recepción de la solicitud y documentación completas (Anexo D). Las determinaciones se basarán en la solicitud y la información enviadas. Se excluyen los siguientes activos:

- La residencia primaria del paciente
- Ahorros de impuestos diferidos o ahorros similares para la jubilación
- Cuentas de ahorro para la universidad
- Automóviles utilizados por el paciente o la familia inmediata del paciente

Se conservará en archivo una copia de todas las determinaciones.

**Apelar de una determinación de elegibilidad para asistencia financiera:** una vez que se haga una determinación de rechazo, el paciente tendrá 30 días a partir de la recepción de la notificación escrita para enviar una apelación, por escrito, con documentación de respaldo (Anexo E).

**Pagos a plazos:** el paciente o la parte responsable puede acordar el pago en un plan de pago a plazos. El pago mensual del plan de pago a plazos tiene un límite del 10 % del ingreso mensual bruto de los pacientes elegibles. Todo anticipo se incluirá como parte del pago de la asistencia financiera.

**Elegibilidad para asistencia financiera y descuentos:** se utilizará el Índice Federal de Pobreza tal y como se publica en el Registro Federal (y sus actualizaciones anuales) para determinar descuentos adicionales para pacientes

elegibles no asegurados o con seguro insuficiente (**Anexo F**).

**Medidas tomadas en caso de falta de pago:** la información relativa a las medidas que Garnet Health puede tomar en caso de falta de pago se describen en una Política de facturación y cobranza independiente. El público puede obtener una copia gratuita de esta política independiente de Garnet Health a través de la información de contacto que se indica más abajo. Algunas de las disposiciones de la política son las siguientes:

- Durante el proceso de determinación de asistencia financiera, se suspenderán las actividades de cobranza y se le asignará a la cuenta el estado financiero de Beneficencia.
- En caso de falta de pago, se hará un seguimiento de cobranza por un mínimo de 120 días a partir del primer estado de cuenta. El paciente recibirá una serie de avisos de cobro en diversas etapas del proceso de 120 días que incluye un aviso final.
- Si no hay respuesta a las actividades de cobranza después del aviso final, la cuenta se remitirá a una agencia de cobranza cuyas medidas de cobro pueden incluir acciones civiles y transmitir la información a la oficina de crédito.
- Las agencias de cobro externa pondrán a disposición de los pacientes la solicitud de asistencia.
- Las cuentas pendientes de pago de Medicaid para pacientes elegibles no se remitirán a cobranza.
- Las agencias de cobro obtendrán la aprobación escrita del hospital si se pueden tomar acciones legales.

**Aprobación de la asistencia financiera:** la aprobación de la asistencia financiera será válida durante 180 días a partir de la fecha de aprobación. La persona deberá enviar una nueva solicitud después de la fecha de vencimiento inicial.

**Elegibilidad para asistencia financiera presunta:** en circunstancias en que la documentación es imposible de obtener o los pacientes no realizan una solicitud de asistencia financiera, Garnet Health puede otorgar asistencia financiera sin una solicitud formal, de acuerdo con circunstancias presuntas. En los casos que una solicitud esté en proceso con documentos y se produzca una condonación de elegibilidad presunta, se usará la documentación como base para determinar el porcentaje de elegibilidad.

- La elegibilidad presunta se basará en un programa de puntuación de crédito patentado. Esto no afectará negativamente la puntuación de riesgo crediticio FICO de los pacientes.
- En el caso de los pacientes con una elegibilidad establecida en el 200 % o menos del FPG, mediante puntuación de crédito, dichas cuentas se considerarán elegibles para una condonación del 100 % de los saldos de cuenta, sin ningún otro requisito.
- Los pacientes cubiertos por Medicaid fuera del estado donde el hospital no es un proveedor autorizado y la inscripción fuera del estado o el reembolso hace prohibitivo que el hospital sea un proveedor, serán elegibles para beneficencia tras verificar la cobertura de Medicaid para la(s) fecha(s) de servicio. No se exigirá ningún otro documento para aprobar la solicitud de beneficencia. El hospital puede enviar la solicitud y verificación de cobertura como prueba de calificación.

**Proveedores elegibles:** esta política se aplica a la atención de emergencia y de otro tipo médicamente necesaria proporcionada por los siguientes establecimientos de Garnet Health:

- Garnet Health Medical Center
- Garnet Health Medical Center- Catskills
- Garnet Health Doctors (Orange y Catskill)
- Garnet Health Urgent Care (Orange y Catskill)
  - a. Además de la atención provista por Garnet Health, la atención de emergencia y médicamente necesaria proporcionada por los proveedores que se indican a continuación también está cubierta conforme a esta Política de asistencia financiera:

Emergency Department Services | SCP Health (Schumacher Group)

200 Corporate Blvd  
Lafayette, LA 70508  
Teléfono: 800.893.9698

- Consulte <https://www.garnethealth.org> para obtener una lista completa de todos los proveedores, además de Garnet Health, que proporcionan atención de emergencia o de otro tipo médicamente necesaria en los establecimientos hospitalarios de Garnet Health que especifica cuáles proveedores están cubiertos por esta política y cuáles no lo están.

**Información de contacto.**

**Garnet Health Medical Center/Garnet Health Doctors/Garnet Health Urgent Care Credit & Collections**  
75 Crystal Run Road  
Middletown, NY 10940  
Teléfono: 845-333-1000  
Sitio web: [www.garnethealth.org](http://www.garnethealth.org)

**Garnet Health Medical Center-Catskills/Garnet Health Doctors/Garnet Health Urgent Care Credit & Collections**  
68 Harris-Bushville Road  
Harris, NY 12742  
Teléfono: 845-333-4901  
Sitio web: [www.garnethealth.org](http://www.garnethealth.org)

**Norma(s):**

**Referencia(s): Ley de Asistencia Financiera de Hospitales (HFAL)-subdivisión 9-a, hasta la Sección 2807-k de la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York; Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos de 1986, y sus modificaciones, y el Reglamento del Departamento del Tesoro emitidas a ese respecto. Ley de Salud Pública 2807-k-(9-a): ayuda financiera**

Política de asistencia financiera

**Autor/Cargo:**

Administrador, Acceso de Pacientes

**Aprobador/Cargo:**

James Grigg/CFO

**Consentimientos**

Credit & Collection Department (Departamento de Crédito y Cobranza)	Garnet Health Administrator (Administrador de Garnet Health)
VP, Revenue Strategy/Managed Care (Vpdte., Estrategia de Ingresos/Atención Administrada_	Patient Financial Services (Servicios Financieros para Pacientes)
Compliance Office (Oficina de Cumplimiento Normativo)	

**Control del documento**

Leyenda de los estados:		A = Nuevo	B = Revisado + N.º	C = Modificado + N.º	D = Archivado
Estado	N.º	Descripción del cambio		Fecha	Autor/Cargo
C	0	Ingreso a un nuevo formato, actualización de las normas 501r		7/2020	