

 Garnet Health		NIVEL DE POLÍTICA <input checked="" type="checkbox"/> Garnet Health <input type="checkbox"/> Garnet Health Medical Center <input type="checkbox"/> Garnet Health Medical Center - Catskills <input type="checkbox"/> Garnet Health Doctors <input type="checkbox"/> Garnet Health Urgent Care CATEGORÍA: <input type="text" value="Programa de Asistencia Financiera"/>	Página 1 de 5 NÚMERO DE CONTROL DE DOCUMENTOS: <input type="text"/>
SE APLICA A: <input checked="" type="checkbox"/> Sistema <input checked="" type="checkbox"/> Organización <input type="checkbox"/> Departamento (especificar) <input type="text"/>			
Título: POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA			
Anexos: A. Política de Asistencia Financiera	B. Solicitud de ayuda financiera C. Carta de resumen D. Aviso de determinación	E. Formulario de apelación F. Escala móvil	
Objetivo: <p>Garnet Health comprende que, en ocasiones, los pacientes que necesitan atención tendrán dificultades para pagar los servicios médicos prestados. El propósito de esta Política de Asistencia Financiera (FAP) es ofrecer una reducción en la responsabilidad financiera del paciente o la parte responsable para pacientes elegibles sin seguro médico o con seguro insuficiente. Los cargos para todos los pacientes sin seguro se ajustarán al costo aproximado más un pequeño margen. Los pacientes/partes responsables elegibles sin seguro médico o con seguro insuficiente pueden recibir reducciones adicionales en la atención caritativa según su necesidad financiera. Todas las determinaciones se realizarán de manera no discriminatoria, tras una revisión individualizada de toda la documentación y la solicitud presentada. La elegibilidad para la Asistencia Financiera se basará en las pautas de ingresos vigentes establecidas por el Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos y publicadas en el Registro Federal, que abarcan reducciones de escala móvil de hasta el 400 % de las Pautas Federales de Pobreza (FPG). Mensualmente, se realizará una revisión de los archivos por lotes para establecer la presunta elegibilidad. Esto será realizado por nuestro proveedor externo utilizando un software propietario para estimar los ingresos.</p>			
Definiciones: AGB significa "Montos Generalmente Facturados" para atención de emergencia u otra atención médica necesaria a personas con cobertura de seguro. Período de Solicitud significa el período durante el cual Garnet Health debe aceptar y procesar una solicitud de asistencia financiera bajo su PAF presentada por una persona para haber realizado esfuerzos razonables a fin de determinar si es elegible para recibir asistencia financiera bajo la póliza. El Período de Solicitud comienza en cualquier momento, desde la fecha del servicio hasta el final del proceso de cobranza. Servicios Electivos significa un tratamiento o procedimiento elegido por el paciente o el médico que es beneficioso para el paciente, pero que no es médicalemente necesario ni urgente para una condición que no pone en peligro la vida (por ejemplo, cirugía estética, MCR HINN). Los cargos discretionales, como habitaciones privadas y enfermería privada, no están cubiertos por esta póliza. EMTALA significa Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo, 42 USC 1395dd.			

FAP significa Política de Asistencia Financiera.

FPG significa Pautas Federales de Pobreza.

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

Área de Servicio incluye los códigos postales de los condados de Orange, Sullivan y Ulster. Garnet Health ha definido sus áreas comunitarias y de servicio como su área de servicio más amplia, con un enfoque principal en los condados de Orange y Sullivan, lo que permite al hospital dirigir los recursos de manera más eficaz para abordar las necesidades de salud significativas, especialmente en las áreas con mayor disparidad.

Política:

Cualquier paciente residente del estado de Nueva York puede recibir asistencia financiera a través del programa de servicios de emergencia de Garnet para residentes del estado de Nueva York. Para todos los demás servicios, la política de Garnet Health es brindar asistencia financiera para tratamientos de emergencia, urgentes y médicamente necesarios a los pacientes que residen en las áreas de servicio principales de Garnet Health, así como a los pacientes que trabajan, residen o visitan dichas áreas. Garnet Health se reserva el derecho de negarse a brindar asistencia financiera para servicios electivos.

No se puede negar la admisión ni el tratamiento o los servicios médicamente necesarios a los pacientes debido a facturas médicas impagadas.

El Resumen de Asistencia Financiera sintetiza esta FAP, y se pondrán copias físicas a disposición de todos los pacientes en todas las instalaciones al momento del servicio y del alta. Los pacientes también pueden solicitar el envío gratuito de una copia por correo postal, solicitándola por teléfono o escribiendo a la dirección que figura a continuación.

Compromiso de brindar atención médica de emergencia: Garnet Health brinda atención médica de emergencia sin discriminación a personas, independientemente de si cumplen los requisitos para recibir asistencia según esta política. Garnet Health no tomará medidas que desalienten a las personas a buscar atención médica de emergencia, como exigir que los pacientes de la sala de emergencias paguen antes de recibir tratamiento para afecciones médicas de emergencia, exigir que se registre una tarjeta de crédito o permitir actividades de cobro de deudas que interfieran con la prestación, sin discriminación, de atención médica de emergencia. Los servicios médicos de emergencia, incluidos los traslados de emergencia, se brindan a todos los pacientes de Garnet Health de manera no discriminatoria, de conformidad con la política EMTALA de Garnet Health.

Medidas para difundir ampliamente la disponibilidad de asistencia financiera: Garnet Health implementa diversas medidas para difundir ampliamente la disponibilidad de asistencia financiera en las comunidades atendidas. Entre otras cosas, Garnet Health dará a conocer la existencia de su programa de asistencia financiera a la comunidad atendida mediante la publicación de una copia de la FAP, la solicitud de la FAP y un resumen en lenguaje sencillo de la FAP en su sitio web. Además, los estados de cuenta del paciente informarán a los pacientes sobre la existencia del programa de asistencia financiera, y se publicará un aviso sobre su disponibilidad en las secciones de Registro de Pacientes, Créditos y Cobranzas, Facturación y Departamento de Emergencias del sitio web de Garnet Health. Además, se pondrán copias físicas a disposición de los pacientes en las salas de espera.

Descuentos para pacientes sin seguro médico o con seguro insuficiente: Garnet Health Centers ofrece un descuento a todos los pacientes sin seguro médico en todos los servicios, lo que resulta en una reducción de los cargos hasta un costo aproximado, más un pequeño margen. Garnet Health

Doctors/Urgent Care ofrecen un descuento en todos los servicios (excluidos los cosméticos y los HINN) utilizando la tabla de tarifas actual de Medicare RBRVS Loc03.

Además, Garnet Health ofrece descuentos adicionales para pacientes sin seguro médico o con seguro insuficiente que califican para recibir asistencia financiera. Los procedimientos cubiertos por este descuento deben considerarse médicamente necesarios para calificar. Los servicios electivos no califican para este descuento adicional:

- Los pacientes sin seguro médico o con seguro insuficiente que se encuentren en el 200 % o menos del Nivel Federal de Pobreza recibirán un descuento del 100 % en la responsabilidad del paciente.
- Los pacientes sin seguro médico o con seguro insuficiente que se encuentren entre el 201 % y el 300 % del Nivel Federal de Pobreza pueden calificar para una reducción del 10 % en las tarifas de Medicaid o hasta un máximo del 10 % del monto que se habría pagado de acuerdo con el costo compartido del seguro de dicho paciente.
- Los pacientes cuya elegibilidad se encuentre entre el 301 % y el 400 % del Nivel Federal de Pobreza pueden calificar para una reducción del 20 % en las tarifas de Medicaid o hasta un máximo del 20 % del monto que se habría pagado de acuerdo con el costo compartido del seguro de dicho paciente.
- Para los pacientes cuya elegibilidad sea superior al 400 %, no se considerarán recursos.

Autoridad para aprobar y actualizar descuentos: De forma continua, y al menos anualmente, el director financiero (CFO) o el vicepresidente de Estrategia de Ingresos y Atención Médica Administrada tienen la autoridad para aprobar y actualizar los descuentos en los cargos según los costos actualizados.

Base para el cálculo de los montos cobrados a pacientes elegibles para asistencia financiera: Tras la determinación de elegibilidad bajo esta política, a un paciente elegible para asistencia financiera no se le cobrará un monto mayor al AGB por atención de emergencia u otra atención médica necesaria. Garnet Health utiliza el Método de Retrospección para determinar el AGB de cada uno de sus hospitales. Con este método, el AGB se calcula dividiendo la suma de todas las reclamaciones por atención de emergencia y otra atención médica necesaria permitidas por el sistema de pago por servicio de Medicare que paga las reclamaciones al hospital correspondiente durante un período de 12 meses anterior, entre la suma de los cargos brutos asociados a dichas reclamaciones. Garnet Health comenzará a aplicar el porcentaje del AGB a los 120 días posteriores al final del período de 12 meses utilizado en el cálculo. Los miembros del público pueden obtener el porcentaje actual de AGB para cualquier sucursal de Garnet Health sin cargo enviando una solicitud por escrito al Departamento de Créditos y Cobranzas, como se indica al final de esta política, o en línea en www.garnethealth.org.

Garnet Health no factura ni espera el pago de cargos brutos de un paciente/persona responsable que califique para recibir asistencia financiera bajo esta política. A los pacientes no se les cobrará por encima del AGB.

Se considera "con seguro médico insuficiente" a los pacientes cuyos gastos médicos pagados han superado el 10 % de sus ingresos en los últimos 12 meses.

- Los ingresos se calculan como los ingresos brutos mensuales del hogar, antes de gastos.
- Los gastos médicos pagados se refieren a cualquier costo de bolsillo por atención de emergencia o médica necesaria (es decir, deducibles, copagos, coaseguro, depósitos, etc.), pero no incluyen el costo de las primas del seguro médico.
 - Si la atención médica que recibió un paciente en el hospital donde solicita asistencia financiera supera el 10 % de sus ingresos, los hospitales pueden usar la cuenta del paciente para determinar su elegibilidad. De lo contrario, los pacientes deben proporcionar comprobante de facturas pagadas u otra documentación que indique que se pagaron los gastos médicos.

Cómo solicitar asistencia financiera: Se realizará una evaluación de la situación financiera del paciente mediante una Solicitud de Asistencia Financiera (con la documentación de respaldo del paciente/parte responsable).

- Está prohibido que cualquier hospital, proveedor de atención médica o empleado/agente de un hospital o proveedor de atención médica complete cualquier parte de una solicitud de productos financieros médicos para el paciente, o gestione o establezca una solicitud que el paciente no haya llenado en su totalidad. Los proveedores pueden responder a las preguntas del paciente y brindarle asistencia si se solicita, siempre que la solicitud sea completada por el paciente.
- Todas las solicitudes deben estar firmadas y fechadas por la persona que realiza la solicitud.
- Las solicitudes no se considerarán completadas hasta que se proporcione toda la documentación de ingresos requerida.
- Todas las solicitudes indicarán la fecha, el nombre y el cargo del empleado de Garnet Health que las revise.
- Como parte de la asesoría sobre asistencia financiera, se evaluará la elegibilidad del paciente para Medicaid, si aún se encuentra dentro del plazo (90 días) a partir de la fecha del servicio.

Determinaciones de elegibilidad para asistencia financiera: La determinación de elegibilidad se realizará por escrito a cada solicitante dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud completa y la documentación. La situación migratoria no se considera para determinar la elegibilidad. Las determinaciones se basarán en la solicitud y la información presentada. Los bienes del paciente (como residencia, automóvil, etc.) podrían no considerarse. La elegibilidad para asistencia financiera se determina únicamente con base en los ingresos familiares.

Se conservará una copia de todas las determinaciones.

Apelación de una determinación de elegibilidad para asistencia financiera: Una vez que se tome una determinación de denegación, el paciente tendrá 30 días a partir de la recepción de la notificación por escrito para presentar una apelación con la documentación de respaldo. La decisión de denegación incluirá la siguiente información sobre cómo apelar:

- Si se determina que el paciente no califica para el programa de Asistencia Financiera, se le informará por escrito dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la denegación. En la correspondencia se proporcionarán todos los motivos de la denegación, incluyendo información sobre cómo apelarla.
- El director de Servicios Compartidos del Ciclo de Ingresos revisará la apelación y la documentación de respaldo dentro de los veinte (20) días posteriores a la decisión.
- El equipo directivo del Ciclo de Ingresos tendrá quince (15) días hábiles para revisar la apelación y responder al paciente por escrito.
- Si el paciente continúa insatisfecho con la decisión del equipo directivo, podrá apelar la decisión por escrito, incluyendo los motivos y la documentación de respaldo, ante el director financiero (CFO) del hospital.
- El director financiero decidirá escribir dentro de los quince (15) días siguientes a la recepción de la apelación; su decisión será definitiva.
- No se realizará ninguna actividad de cobranza mientras esté pendiente una apelación.

Pagos a plazos: El paciente/la parte responsable puede acordar un plan de pago a plazos. El pago mensual del plan tiene un límite del 5 % de los ingresos brutos mensuales de los pacientes elegibles. Cualquier monto depositado se incluirá en el acuerdo de asistencia financiera.

Elegibilidad y descuentos para asistencia financiera: Las Pautas Federales de Pobreza, publicadas en el Registro Federal (y actualizadas anualmente), se utilizarán para determinar descuentos adicionales para pacientes elegibles sin seguro médico o con seguro insuficiente.

Medidas en caso de falta de pago: La información sobre las medidas que Garnet Health puede tomar en caso de falta de pago se describe por separado en la Política de Facturación y Cobranzas. El público puede obtener una copia gratuita de esta política por separado de Garnet Health a través de la información de contacto que se indica a continuación o en el sitio web garnethealth.org. Entre otras cosas, la política establece lo siguiente:

- Durante el proceso de determinación de asistencia financiera, las gestiones de cobranza se suspenderán y la cuenta se asignará a una cuenta de beneficencia.
- En caso de falta de pago, Garnet Health no remitirá las cuentas a agencias de cobranza 180 días después de la emisión de la primera factura médica, independientemente de la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera.
- Garnet Health notificará por escrito a los pacientes con al menos 30 días de antelación a la remisión a una agencia de cobranza.
- Garnet Health tiene prohibido vender la deuda de un paciente a un tercero, a menos que este tenga la intención de condonarla por completo y no tenga intención de iniciar ningún proceso de cobranza.
- Se prohíbe la venta forzosa o la ejecución hipotecaria de la residencia principal del paciente. Las agencias de cobranza externas pondrán la solicitud de asistencia a disposición de los pacientes.
- Las cuentas pendientes de pago de Medicaid de pacientes elegibles no se derivarán a agencias de cobranza.
- Garnet Health tiene prohibido iniciar demandas contra pacientes con ingresos inferiores al 400 % del APL.

Aprobación de asistencia financiera: La aprobación de la asistencia financiera tendrá una vigencia de 180 días a partir de la fecha de aprobación. La persona deberá presentar una nueva solicitud después de la fecha de vencimiento inicial.

Elegibilidad presunta para asistencia financiera: En caso de que no se pueda obtener la documentación o los pacientes no completen una solicitud de asistencia financiera, Garnet Health podrá otorgar asistencia financiera sin una solicitud formal, basándose en circunstancias presuntas. En los casos en que una solicitud esté en trámite con documentos y se haya producido una cancelación por elegibilidad presunta, la documentación se utilizará como base para determinar el porcentaje de elegibilidad.

- La elegibilidad presunta se basará en un programa de calificación crediticia propio. Esto no afectará negativamente la puntuación FICO del paciente.
- Para los pacientes con elegibilidad establecida igual o inferior al 200 % de las FPG, según la calificación crediticia, dichas cuentas se considerarán elegibles para la cancelación del 100 % de los saldos de las cuentas, sin otros requisitos.
- Los pacientes con cobertura de Medicaid de otro estado, donde el hospital no sea un proveedor autorizado y donde la inscripción o el reembolso fuera del estado le impidan convertirse en proveedor, serán elegibles para la ayuda financiera una vez verificada la cobertura de Medicaid para la(s) fecha(s) del servicio. No se requerirán otros documentos para aprobar la solicitud de ayuda financiera. El hospital puede presentar la solicitud y la verificación de cobertura como comprobante de elegibilidad.

Proveedores elegibles: Esta política se aplica a la atención de emergencia y otra atención médica necesaria brindada por los siguientes centros dentro 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)
- Además de la atención brindada por Garnet Health, la atención de emergencia y médicaamente necesaria brindada por los proveedores que se enumeran a continuación también está cubierta por esta Política de Asistencia Financiera:

Servicios del Departamento de Emergencias | 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 brindan atención de emergencia u otra atención médicaamente necesaria en las instalaciones hospitalarias de Garnet Health, y que especifica cuáles proveedores son elegibles y están cubiertos por esta política, y cuáles no.

Información de contacto

Garnet Health Medical Center/ Garnet Health Doctors/ Garnet Health Urgent Care Oficina del Defensor Financiero
 707 East Main Street
 Middletown, NY 10940
 Teléfono 845-333-1888
 Sitio web www.garnethealth.org

Garnet Health Medical Center-Catskills/ Garnet Health Doctors/ Garnet Health Urgent Care Créditos y Cobranzas
 P.O. Box 800
 Harris, NY 12742
 Teléfono 845-333-8989
 Sitio web www.garnethealth.org

Norma(s):

Referencia(s): Ley de Asistencia Financiera para Hospitales (HFAL), subdivisión 9-a, de la Sección 2807-k de la Ley de Salud Pública del estado de Nueva York; Sección 501(r) del Código de Rentas Internas de 1986, en su versión modificada, y el Reglamento del Tesoro emitido al amparo de la misma.

Ley de Salud Pública 2807-k-(9-a) - Ayuda financiera

Política de Asistencia Financiera

Autor/Cargo: Director de Servicios Compartidos del Ciclo de Ingresos

Aprobador/Cargo:

James Grigg/CFO

Concurrencias

Departamento de Créditos y Cobranzas	Administrador de Garnet Health
Vicepresidente de Estrategia de Ingresos/Atención Médica Administrada	Oficina de Cumplimiento

Control de documentos

Clave de condición:		A = Nuevo	B = Revisado + n.º	C = Modificado + n.º	D = Archivado
Condición	N.º	Descripción del cambio		Fecha	Autor/Cargo
C	0	Actualizado según las pautas del estado de Nueva York		03/2025	
		Actualizado según las pautas del estado de Nueva York		12/2025	