

		NIVEL DE POLÍTICA ☒ Garnet Health ☐ Garnet Health Medical Center ☐ Garnet Health Medical Center - Catskills ☐ Garnet Health Doctors ☐ Garnet Health Urgent Care CATEGORÍA: Programa de Asistencia Financiera		Página 1 de 5
SE APLICA A: ☒ Sistema ☒ Organización ☐ Departamento (especifíquelo) 		NÚMERO DE CONTROL DE DOCUMENTO: 		
Título: POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA				
Archivos adjuntos: A. Política de Asistencia Financiera		B. Solicitud de ayuda financiera C. Carta recapitulativa D. Notificación de determinación		E. Formulario de apelación F. Escala móvil
Finalidad: Otorgar una reducción en la responsabilidad del paciente/deudor responsable para todos los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que sean elegibles. Los cargos a todos los pacientes sin seguro se ajustarán al costo aproximado más un ligero recargo. Los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que cumplan los requisitos, así como la parte responsable, podrán recibir reducciones adicionales por atención benéfica en función de sus necesidades económicas. Todas las determinaciones se tomarán de manera no discriminatoria, tras una revisión individualizada de toda la documentación y la solicitud presentada. La elegibilidad para recibir asistencia financiera se basará en las directrices de ingresos actuales establecidas por el Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos y publicadas en el Registro Federal, que incluyen reducciones de escala móvil de hasta el 400 % de las Guías Federales de Pobreza (FPG). Cada mes se llevará a cabo una revisión de archivos por lotes para establecer la elegibilidad presunta. Esta revisión la realizará nuestro proveedor externo utilizando un software propio para estimar los ingresos				
Definiciones: AGB son las siglas en inglés de "montos generalmente facturados" por atención de emergencia u otra atención médica necesaria a personas que tienen cobertura de seguro. El periodo de solicitud es el período durante el cual Garnet Health debe aceptar y procesar una solicitud de asistencia financiera en virtud de su PAF presentada por una persona, a fin de haber realizado esfuerzos razonables para determinar si la persona tiene derecho a recibir asistencia financiera en virtud de la política. El período de solicitud comienza en cualquier momento, incluso durante el proceso de cobro. Los servicios electivos son tratamientos o procedimientos que elige el paciente o el médico y que benefician al paciente, pero que no son médicamente necesarios ni urgentes para una afección que no pone en riesgo la vida (por ejemplo, cirugía estética, y servicios no cubiertos según el Informe de costos de Medicare y la Notificación de no cobertura emitida por el hospital (MCR HINN)) y/o los gastos discrecionales, como habitaciones privadas o enfermería privada, no están cubiertos por esta política. EMTALA son las siglas en inglés de Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo, 42 USC 1395dd. PAF son las siglas de Política de Asistencia Financiera.				

FPG son las siglas en inglés de Guías Federales de Pobreza.

Los **servicios médicamente necesarios** son aquellos tratamientos que están cubiertos por el seguro médico o que son obligatorios para proteger y mejorar el estado de salud de un paciente, y cuya omisión podría afectar negativamente su condición, de acuerdo con las normas aceptadas de la práctica médica.

Política:

La política de Garnet Health es brindar el nivel de asistencia financiera para tratamientos de emergencia, urgentes y médicamente necesarios al mayor número posible de pacientes que residen en el área de servicio principal de Garnet Health, así como a los pacientes que trabajan, residen o visitan el área de servicio principal. Garnet Health se reserva el derecho de negarse a brindar asistencia financiera para servicios electivos.

El Resumen de Asistencia Financiera recoge esta Política de Asistencia Financiera y se pondrá a disposición de todos los pacientes en todas las instalaciones en el momento del servicio y del alta. (Anexo C)

Compromiso de brindar atención médica de emergencia: Garnet Health brinda, sin discriminación, atención para condiciones médicas de urgencia a las personas, independientemente de si son elegibles para recibir asistencia en virtud de esta política. Garnet Health no participará en acciones que disuadan a las personas de buscar atención médica de emergencia, como exigir a los pacientes del servicio de urgencias que paguen antes de recibir tratamiento para afecciones médicas de emergencia 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 prestan a todos los pacientes de Garnet Health de manera no discriminatoria, de conformidad con la política EMTALA de Garnet Health.

Medidas para dar a conocer ampliamente la disponibilidad de asistencia financiera: Garnet Health implementa diversas medidas para dar a conocer ampliamente la disponibilidad de asistencia financiera en las comunidades a las que presta servicio. Entre otras cosas, Garnet Health dará a conocer la existencia de su programa de asistencia financiera a la comunidad a la que presta servicio mediante la publicación de una copia de la PAF, la solicitud de la PAF y un resumen en lenguaje sencillo de la PAF en su sitio web. Además, en los estados de cuenta de los pacientes se informará sobre la existencia del programa de asistencia financiera, y se colocará un aviso sobre su disponibilidad en el área de Registro de Pacientes, Crédito y Cobranza, Facturación, el Departamento de Emergencias y las áreas de espera para pacientes.

Descuentos para pacientes sin seguro o con seguro insuficiente: Garnet Health Centers ofrece un descuento a todos los pacientes sin seguro para todos los servicios, lo que se traduce en una reducción de los cargos hasta un costo aproximado, más un ligero margen de beneficio. Garnet Health Doctors/Urgent Care ofrece un descuento en todos los servicios (excepto los cosméticos y los HINN) según la tabla de tarifas actual de Medicare RBRVS Loc03.

Además, Garnet Health ofrece descuentos adicionales a los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que reúnan los requisitos para recibir asistencia financiera. Para poder optar a este descuento, los procedimientos deben considerarse médicamente necesarios. Los servicios electivos no son elegibles para este descuento adicional:

- Los pacientes sin seguro y con seguro insuficiente que se encuentren en el 200 % o por debajo de las Guías Federales de Pobreza recibirán un descuento del 100 % en la responsabilidad del paciente.
- Los pacientes sin seguro y con seguro insuficiente que se encuentren entre el 201 % y el 300 % del Nivel Federal de Pobreza pueden calificar para una reducción del 10 % de las tarifas de Medicaid.
- Los pacientes cuya elegibilidad se encuentre entre el 301 % y el 400 % del Nivel Federal de Pobreza pueden optar a una reducción del 20 % de las tarifas de Medicaid.
- Los pacientes cuya elegibilidad sea superior al 400 % no serán considerados.

Autoridad para aprobar y actualizar el descuento: De forma continua, y como mínimo una vez al año, el director financiero (CFO) y/o el vicepresidente de Estrategia de Ingresos y Atención Médica Administrada tienen la autoridad para aprobar y actualizar los descuentos en los cargos en función de los costos actualizados.

Base para calcular los montos cobrados a los pacientes con derecho a asistencia financiera: Tras determinar la elegibilidad en virtud de esta política, a un paciente con derecho a asistencia financiera no se le cobrará más por la atención de urgencia u otra atención médicamente necesaria que el AGB. Garnet Health utiliza el método retrospectivo para determinar el AGB de cada uno de sus centros hospitalarios. Según este método, el AGB se calcula dividiendo la suma de todas sus reclamaciones por atención de emergencia y otra atención médica necesaria que han sido autorizadas por Medicare fee-for-service, que paga las reclamaciones al centro hospitalario correspondiente durante un periodo anterior de 12 meses, entre la suma de los cargos brutos asociados a esas reclamaciones. Garnet Health comenzará a aplicar el porcentaje AGB a partir del día 120 después de la finalización del periodo de 12 meses utilizado en el cálculo. Los miembros del público pueden obtener el porcentaje AGB actual para cualquier centro de Garnet Health de forma gratuita mediante una solicitud por escrito al Departamento de Crédito y Cobros, tal y como se indica al final de esta política, o en línea en www.garnethealth.org.

Garnet Health no factura ni espera el pago de los cargos brutos de los pacientes o las partes responsables que reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera en virtud de esta política. A los pacientes no se les cobrará más que el AGB.

Se define como "subasegurado" a los pacientes cuyos gastos médicos pagados han superado el 10 % de sus ingresos en los últimos 12 meses.

- Los ingresos se evalúan como los ingresos brutos mensuales del hogar, antes de gastos.
- Los gastos médicos pagados se refieren a cualquier gasto de bolsillo por atención de emergencia o médicamente necesaria (es decir, deducibles, copagos, coaseguros, depósitos, etc.), aunque no incluyen el costo de las primas del seguro médico.
 - Si la atención recibida en el hospital en el que el paciente solicita asistencia financiera supera el 10 % de sus ingresos, los hospitales pueden utilizar la cuenta del paciente para determinar su elegibilidad. De lo contrario, los pacientes deben presentar pruebas de las facturas pagadas u otra documentación que indique que se han pagado los gastos médicos.

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

- Se prohíbe a cualquier hospital, proveedor de atención médica o empleado/agente de un hospital o proveedor de atención médica completar cualquier parte de una solicitud de productos financieros médicos para el paciente, o bien organizar o establecer una solicitud que no haya sido completada en su totalidad por el paciente. Los proveedores pueden responder a las preguntas del paciente y brindar asistencia si se les solicita, siempre y cuando la solicitud sea completada en su totalidad 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 haya presentado toda la documentación requerida sobre los 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 sobre asistencia financiera, se evaluará al paciente para determinar su elegibilidad para Medicaid, si aún se encuentra dentro del plazo (90 días) a partir de la fecha del servicio.

Resoluciones de elegibilidad para la asistencia financiera: La resolución de elegibilidad se notificará por escrito a cada solicitante en un plazo de 30 días a partir de la recepción de la solicitud y la documentación completas (**Anexo D**). La situación migratoria no se tiene en cuenta a la hora de determinar la elegibilidad.

Las determinaciones se basarán en la solicitud y la información presentada. No se tendrán en cuenta los siguientes activos:

- La residencia principal del paciente
- Ahorros para la jubilación con impuestos diferidos o similares
- Cuentas de ahorro para la universidad
- Automóviles utilizados por el paciente o sus familiares directos.

Se conservará una copia de todas las determinaciones en los archivos.

Apelación de una determinación sobre la elegibilidad para recibir asistencia financiera: Una vez que se haya tomado la decisión de negar la solicitud, el paciente tendrá 30 días a partir de la recepción de la notificación por escrito para presentar su apelación, también por escrito, junto con la documentación de respaldo (**Anexo E**).

Pagos a plazos: El paciente o la parte responsable pueden acordar un plan de pago a plazos. El pago mensual del plan de pago a plazos tiene un límite del 5 % de los ingresos brutos mensuales del paciente elegible. Cualquier cantidad depositada se incluirá como parte del acuerdo de asistencia financiera.

Elegibilidad para asistencia financiera y descuentos: Las Guías Federales de Pobreza, publicadas en el Registro Federal (y actualizadas cada año) se utilizarán para calcular los descuentos adicionales para los pacientes elegibles sin seguro 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 describe en una Política de Facturación y Cobro independiente. Los miembros del público pueden obtener una copia gratuita de esta política independiente 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 la asistencia financiera, se suspenderán los esfuerzos de cobro y la cuenta se asignará a una situación de asistencia benéfica.
- En caso de falta de pago, se realizará un seguimiento del cobro durante un mínimo de 180 días a partir del primer estado de cuenta. El paciente recibirá una serie de notificaciones de cobro en diversas etapas del proceso de 180 días, incluida una notificación final.
- Si no hay respuesta a los esfuerzos de cobro después de la notificación final, la cuenta se remitirá a una agencia de cobro.
- Las agencias de cobro externas pondrán a disposición de los pacientes la solicitud de asistencia.
- Las cuentas pendientes de pago de Medicaid para pacientes elegibles no se remitirán a cobro.
- Las agencias de cobro obtendrán la aprobación previa por escrito del hospital si se pueden emprender acciones legales por cuentas superiores al 400 %.

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

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

- La elegibilidad presunta se basará en un programa propio de calificación crediticia. Esto no afectará negativamente a la puntuación FICO de los pacientes.

- En el caso de los pacientes con una elegibilidad establecida igual o inferior al 200 % del FPG, según la calificación crediticia, dichas cuentas se considerarán elegibles para una condonación del 100 % del saldo de la cuenta, sin ningún otro requisito.
- Los pacientes cubiertos por Medicaid de otro estado en los que el hospital no sea un proveedor autorizado y en los que la inscripción o el reembolso fuera del estado hagan que el hospital no pueda convertirse en proveedor, tendrán derecho a recibir ayuda benéfica tras la verificación de la cobertura de Medicaid para la fecha o fechas del servicio. No se requerirán otros documentos para aprobar la solicitud de ayuda benéfica. El hospital puede presentar la solicitud y la verificación de la cobertura como prueba de elegibilidad.

Proveedores elegibles: Esta política se aplica a la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria que prestan 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 prestada por Garnet Health, la atención de emergencia y médicamente necesaria prestada 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 prestan atención de emergencia u otra atención médica necesaria en las instalaciones hospitalarias de Garnet Health, en la que se especifica qué proveedores están cubiertos por esta política y cuáles no.

Información de contacto.

**Garnet Health Medical Center/ Garnet Health Doctors/ Garnet Health Urgent Care
Oficina de Asesoría Financiera**
75 Crystal Run Road
Middletown, Nueva York, 10940
Teléfono: 845-333-1888
Sitio web: www.garnethealth.org

**Garnet Health Medical Center-Catskills/ Garnet Health Doctors/ Garnet Health Urgent Care
Crédito y Cobranzas**
68 Harris-Bushville Road
Harris, NY 12742
Teléfono-845-333-8989
Sitio web: www.garnethealth.org

Estándar(es):

Referencia(s): Hospital Financial Assistance Law (HFAL)-subdivision 9-a, to Section 2807-k of the NYS Public Health Law; Section 501(r) of the Internal Revenue Code of 1986, as amended, and the Treasury Regulations issued thereunder. Public Health Law 2807-k-(9-a)- financial aid

Política de Asistencia Financiera

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

Aprobador/cargo:
James Grigg/Director financiero

Conformidades

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

Control de documentos

Clave de estado:		A = Nuevo	B = Revisado + #	C = Revisado + #	D = Archivado
Estado	#	Descripción del cambio		Fecha	Autor/cargo
C	0	Actualizado según las directrices del estado de Nueva York.		3/2025	