

ELLENVILLE REGIONAL HOSPITAL

TÍTULO: ASISTENCIA FINANCIERA DEL HOSPITAL	Página 1 de 6
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS PARA EL PACIENTE	
OTROS DEPARTAMENTOS AFECTADOS: REGISTRO	
APROBADO POR: BOB RUE, director financiero	VIGENCIA: 6/04
REVISADO: 9/12, 7/14, 9/15, 7/17	ACTUALIZADO: 1/07, 7/11, 06/13, 1/14, 9/16, 2/17, 7/18, 5/19, 6/19

DECLARACIÓN Y PROPÓSITO:

Establecer las directrices para el procesamiento y aprobación de la asistencia financiera.

POLÍTICA:

Ellenville Regional Hospital (ERH) reconoce la obligación de dar acceso a servicios de atención médica de calidad que refleje las necesidades de la comunidad. Los pacientes que lleguen para recibir atención de emergencia o de urgencia no serán rechazados porque no puedan pagar. La asistencia financiera estará disponible para los servicios médicamente necesarios, que se definen como servicios y atención médica aceptados que prestan de atención médica, apropiados para la evaluación y el tratamiento de una enfermedad, condición médica o lesión y de manera coherente con el estándar de atención aplicable. Los servicios que no son médicamente necesarios como una cirugía plástica, artículos de conveniencia o procedimientos opcionales no están cubiertos según la póliza.

Se ofrece asistencia financiera a todos los pacientes que viven en el Estado de Nueva York para servicios de emergencia. Para todos los demás servicios médicos necesarios, se ofrece ayuda solo para los pacientes cuya residencia principal esté dentro de nuestra área de servicio principal (primary service area, PSA). Nuestra PSA la conforman estos condados de Ulster, Dutchess, Orange, Sullivan, Delaware, Greene y Columbia.

La asistencia financiera se define como los servicios de atención médica que se prestan sin cargo o a un costo reducido para los pacientes que no tienen o no pueden conseguir suficientes recursos financiero para pagar su atención. La asistencia financiera parcial o total se basará únicamente en la elegibilidad, y no se reducirá por motivos de edad, sexo, raza, credo, discapacidad, país de nacimiento o estatus migratorio. ERH dará atención para las condiciones médicas de emergencia sin que importe el estado económico del paciente, sin discriminar, según las regulaciones de EMTALA.

La obligación de un paciente sin seguro que califica para recibir asistencia financiera se basará en la tasa de reembolso que ERH recibe de Medicare. Los descuentos se calcularán usando las directrices federales de pobreza (Federal Poverty Line, FPL) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, DHHS) y nuestra escala variable.

Para los pacientes asegurados, la asistencia financiera no se dará para copagos ni se dará si el paciente no obtiene la autorización o las remisiones requeridas de su seguro. La asistencia financiera para los pacientes asegurados se permitirá solo si el contrato de ERH con el plan del seguro del paciente lo permite. Si el paciente tiene una cuenta de reembolso de salud (HRA) o una cuenta de gastos flexibles (FSA), se espera que el paciente use los fondos de esta cuenta antes de que se le pueda dar asistencia financiera.

ELLENVILLE REGIONAL HOSPITAL

TÍTULO: ASISTENCIA FINANCIERA DEL HOSPITAL	Página 2 de 6
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS PARA EL PACIENTE	
OTROS DEPARTAMENTOS AFECTADOS: REGISTRO	
APROBADO POR: BOB RUE, director financiero	VIGENCIA: 6/04
REVISADO: 9/12, 7/14, 9/15, 7/17	ACTUALIZADO: 1/07, 7/11, 06/13, 1/14, 9/16, 2/17, 7/18, 5/19, 6/19

PROCEDIMIENTO:

1. Después de obtener una solicitud de asistencia financiera del paciente/garante, Contabilidad de Pacientes entregará o enviará por correo la solicitud a la parte solicitante. Todos los pacientes de pago privado o sin seguro reciben un paquete de asistencia financiera en el momento del registro; esto se indica en la cuenta del paciente. Puede pedir la solicitud de asistencia financiera mientras esté en el hospital o por teléfono, y también puede descargarla del sitio web del hospital.
2. Contabilidad del Paciente revisará la información del paciente para saber si tiene cobertura de seguros y otras opciones de pago por cuenta propia, como tarjetas de crédito y planes de pago. Después de que se hayan agotado todos los recursos de terceros y los personales, Medicaid evaluará al paciente. Si un consejero financiero tiene una base razonable para creer que un solicitante es elegible para recibir Medicaid, el paciente debe cooperar solicitando cobertura como una condición para pedir asistencia.
 - a. Si Medicaid deniega la solicitud porque no califique, el paciente/garante es responsable de entregar al consejero financiero una copia de la carta de denegación de Medicaid.
 - b. Al recibir la carta de denegación de Medicaid, el paciente/garante debe completar una solicitud de asistencia financiera de manera oportuna. El período para solicitar asistencia financiera es de 240 días a partir de la fecha en que se prestaron los servicios.
 - c. El paciente/garante debe entregar prueba de identificación, de dirección y de ingresos con su solicitud.
 - La prueba aceptable de identificación puede ser: licencia de conducir, pasaporte, tarjeta de residente extranjero permanente (Green Card), certificado de nacimiento, identificación con fotografía. Se debe entregar por lo menos UNA opción de esta lista.
 - La prueba aceptable de dirección/residencia puede ser: facturas de servicios públicos, factura de teléfono celular, factura de televisión por cable, recibo de alquiler, copia del contrato de arrendamiento o documentos de hipoteca, carta notariada de una persona con la que vive el paciente o del arrendador. Se debe entregar por lo menos UN documento de esta lista.
 - Las pruebas aceptables de ingresos incluyen, pero no se limitan a: recibos de pago recientes (4 si recibe pagos semanales, 2 si recibe pagos quincenales), beneficios por desempleo, carta de concesión de la Administración del Seguro Social /pensión/anualidades.

ELLENVILLE REGIONAL HOSPITAL

TÍTULO: ASISTENCIA FINANCIERA DEL HOSPITAL	Página 3 de 6
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS PARA EL PACIENTE	
OTROS DEPARTAMENTOS AFECTADOS: REGISTRO	
APROBADO POR: BOB RUE, director financiero	VIGENCIA: 6/04
REVISADO: 9/12, 7/14, 9/15, 7/17	ACTUALIZADO: 1/07, 7/11, 06/13, 1/14, 9/16, 2/17, 7/18, 5/19, 6/19

3. El consejero financiero recibirá la información requerida junto con la solicitud de asistencia financiera. Si se descubre que la información no es verdadera, la solicitud se denegará de inmediato.
4. El consejero financiero evaluará la información que se incluya en la solicitud junto con las directrices de pobreza que emite cada año el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) para determinar el descuento apropiado. Las directrices federales de pobreza más recientes en EE. UU., utilizadas para la elegibilidad para asistencia financiera, se pueden encontrar en: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>. Las directrices se usarán en la escala variable para los pacientes sin seguro. Si el solicitante:
 - Está en 100% o por debajo del FPL, tiene derecho a un descuento del 100%.
 - Está entre 100 y 150% del FPL, será responsable del 20% de la tarifa de Medicare.
 - Está dentro del 150 y 200% del FPL, será responsable del 50% de la tarifa de Medicare.
 - Está dentro del 200 y 250% del FPL, será responsable del 75% de la tarifa de Medicare.
 - Está dentro del 250 y 300% del FPL, será responsable del 100% de la tarifa de Medicare.
 - Excede el 300% del FPL, no se aplicará ningún descuento.
5. Se aplicarán los descuentos anteriores para los pacientes asegurados en o por debajo del 150% del FPL. Los pacientes que están sobre el 150% todavía podrían calificar para recibir descuentos, pero se revisará cada caso de forma individual. Las dificultades económicas y las circunstancias atenuantes se tomarán en cuenta para tomar la decisión.
6. Si la información recibida respalda el hecho de que el paciente califica, se completará un formulario de "Solicitud de ajuste" y se enviará al nivel de autorización apropiado para que se apruebe.

Nivel de autorización	Rango de aprobación
Consejero financiero	\$0.00 - \$1000.00
Administrador de servicios financieros para el paciente	\$1000.00 y más

7. Después de la revisión y determinación, se devuelve el original al consejero financiero. El hospital debe aprobar o denegar la solicitud en un plazo de 30 días después de completar la solicitud:

ELLENVILLE REGIONAL HOSPITAL

TÍTULO: ASISTENCIA FINANCIERA DEL HOSPITAL	Página 4 de 6
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS PARA EL PACIENTE	
OTROS DEPARTAMENTOS AFECTADOS: REGISTRO	
APROBADO POR: BOB RUE, director financiero	VIGENCIA: 6/04
REVISADO: 9/12, 7/14, 9/15, 7/17	ACTUALIZADO: 1/07, 7/11, 06/13, 1/14, 9/16, 2/17, 7/18, 5/19, 6/19

- a. Si el paciente/garante es aprobado para cualquier nivel de asistencia, se le enviará una carta de aprobación en la que se describe el nivel de descuento que recibirá.
 - b. Para cualquier nivel debajo del 100% de descuento, el paciente/garante recibirá un aviso del saldo pendiente en la carta de aprobación. Si el paciente no puede pagar la cantidad por adelantado, se deberá crear un plan de pagos entre el consejero financiero y el paciente/garante. Nuestras directrices de planes de pagos indican que:
 - No se debe exceder una cantidad mensual de 10% de sus ingresos brutos.
 - El consejero financiero puede pedir un depósito anticipado en el caso de las tarifas reducidas, pero esto no puede ser un “obstáculo indebido”.
 - No se ejecutará ninguna cláusula de aceleración si el paciente no puede cumplir con sus obligaciones.
 - En caso de que el paciente no cumpla con su obligación sin avisar a la oficina de facturación, es posible que las cuentas se remitan a una agencia de cobro. El hospital dará un aviso por lo menos 30 días antes de remitir las cuentas a la agencia.
 - c. Si se deniega, se enviará por correo una carta de denegación al paciente/garante. La carta de denegación describirá claramente los pasos necesarios para apelar. Todos los solicitantes tienen derecho a apelar. El paciente/garante tendrá 30 días para presentar una apelación por escrito que impugne la decisión. Después, el gerente de finanzas del paciente revisará las apelaciones con la solicitud anterior y se emitirá una nueva resolución por escrito en un plazo de 30 días a partir de haber recibido la apelación.
8. El consejero financiero anotará toda la actividad en el sistema de expedientes médicos electrónicos y archivará los documentos originales en el archivo actual de Caridad. El consejero financiero también ajustará las cuentas afectadas con base en el descuento que se dio al momento de la aprobación.
 9. Una vez que el solicitante ha calificado para recibir asistencia financiera, la aprobación está activa por seis meses a partir de la fecha de aprobación. El paciente/garante puede actualizar entonces su solicitud una vez que haya pasado el tiempo asignado.
 10. Se hacen auditorías trimestrales en una muestra de solicitudes aprobadas o denegadas para garantizar la precisión e imparcialidad.

ELLENVILLE REGIONAL HOSPITAL

TÍTULO: ASISTENCIA FINANCIERA DEL HOSPITAL	Página 5 de 6
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS PARA EL PACIENTE	
OTROS DEPARTAMENTOS AFECTADOS: REGISTRO	
APROBADO POR: BOB RUE, director financiero	VIGENCIA: 6/04
REVISADO: 9/12, 7/14, 9/15, 7/17	ACTUALIZADO: 1/07, 7/11, 06/13, 1/14, 9/16, 2/17, 7/18, 5/19, 6/19

POLÍTICAS DE COBRO

1. Si el solicitante de asistencia financiera envió una solicitud, existe la posibilidad de que reciba un estado de cuenta en el correo. El solicitante no es responsable de pagar la factura, la cual se debe ignorar mientras la solicitud esté en proceso.
2. Los pacientes elegibles para recibir Medicaid al momento del servicio no deberán ser remitidos al área de cobros por ningún saldo pendiente.
3. La política de asistencia financiera indica que la agencia de cobro que contratemos cumple con la política de asistencia financiera del hospital y también da información a los pacientes sobre cómo enviar una solicitud.
4. No enviamos cuentas a cobro si se está procesando la solicitud de asistencia financiera. Una vez que una cuenta se ha denominado como asistencia financiera, se dejarán de enviar estados de cuenta hasta que se emita una resolución.
5. Los pacientes recibirán un aviso de que una cuenta se remitirá a cobros por lo menos 30 días antes de la remisión. El paciente recibirá dos cartas de la agencia antes del cobro con 15 días de diferencia aproximadamente antes de la remisión.
6. La agencia de cobros que contratemos debe obtener el consentimiento por escrito del hospital antes de comenzar una acción legal.
7. La política de asistencia financiera no permite forzar la venta o la ejecución hipotecaria de la residencia principal del paciente para cobrar una factura pendiente.

SEGUROS PARTICIPANTES

El vínculo que se incluye en esta sección mostrará con qué planes de seguro participa ERH. Puede llamarnos al (845) 647-6400 si tiene alguna pregunta específica. También puede comunicarse con su plan de seguros para confirmar si participan con el hospital.

Vínculo:

<http://www.ellenvilleregional.org/patients-guests/paying-for-your-care/erh-participating-health-plans/>

ELLENVILLE REGIONAL HOSPITAL

TÍTULO: ASISTENCIA FINANCIERA DEL HOSPITAL	Página 6 de 6
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS PARA EL PACIENTE	
OTROS DEPARTAMENTOS AFECTADOS: REGISTRO	
APROBADO POR: BOB RUE, director financiero	VIGENCIA: 6/04
REVISADO: 9/12, 7/14, 9/15, 7/17	ACTUALIZADO: 1/07, 7/11, 06/13, 1/14, 9/16, 2/17, 7/18, 5/19, 6/19

CARGOS ESTÁNDAR

El vínculo que se incluye en esta sección le dará una lista totalmente transparente de los cargos del hospital que usamos. Todos estos cargos son iguales para todos los pacientes, independientemente del seguro. Las obligaciones de gastos de desembolso directo (de bolsillo) variarán con base en su cobertura con su compañía aseguradora. Si tiene alguna pregunta relacionada con los cargos o con la obligación del paciente, lo animamos a que se comunique con nosotros llamando al (845) 647-6400.

Vínculo: <http://www.ellenvilleregional.org/patients-guests/paying-for-your-care/erh-standard-charges/>

SERVICIOS DE LOS MÉDICOS

Es importante tener en cuenta que los servicios de los médicos se facturan por separado y no están incluidos en los cargos estándar del hospital. Los médicos podrían participar o no en los mismos planes de seguros que el hospital, así que verifique con el médico que coordina sus servicios hospitalarios para asegurarse de que participan con su seguro. El vínculo que se incluye en esta sección incluye todos los grupos de médicos que el hospital usa actualmente.

Vínculo: <http://www.ellenvilleregional.org/patients-guests/paying-for-your-care/contract-providers-contact-information/>

ADJUNTOS/OTRA DOCUMENTACIÓN: FORMULARIOS ACTUALIZADOS

Solicitud asistencia financiera de ERH: [Forms\2019 ERH FA APP - English and Spanish.pdf](#)

Instrucciones de la solicitud de asistencia financiera de ERH: [Forms\2019 ERH FA APP Directions - English and Spanish.pdf](#)

Resumen de la asistencia financiera de ERH (inglés): [Forms\2019 ERH FA Summary \(English\).pdf](#)

Resumen de la asistencia financiera de ERH (español): [Forms\2019 ERH FA Summary \(Spanish\).pdf](#)