
NÚMERO DE LA DIRECTIVA: MV-04-005 REVISIÓN: 1

TÍTULO DE LA DIRECTIVA: PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA FECHA: 1/1/16

CONCURRENCIA: _____
_____ Dr. Albert D'Accurzio _____
Vicepresidente Senior / Director Médico

_____ Patricia Roach _____
Vicepresidente Senior / Director de
Enfermería

PROPIETARIO: _____ <u>Linda L. Burt</u> _____	APROBACIÓN: _____ <u>Louis Aiello</u> _____
<u>Directora de contabilidad de pacientes FSLH</u>	<u>Vicepresidente Senior /</u> <u>Director Financiero</u>

1.0 PROPÓSITO

Proporcionarles asistencia financiera a nuestros pacientes por servicios médicamente esenciales, que no tienen seguro o tienen seguro insuficiente o han acumulado saldos responsabilidad del paciente después del pago por el seguro, con una incapacidad de comprometerse a un acuerdo financiero.

2.0 ÁMBITO

Mohawk Valley Health System (MVHS) incluyendo Faxton St. Luke's Healthcare (FSLH) y St. Elizabeth's Medical Center (SEMC).

3.0 REFERENCIAS

Ley de salud pública del estado de Nueva York 9-a Sección 2807-k
Código federal de impuestos, Sección 501 (r)
[MV-04-005 Formulario 1 Solicitud/Determinación de Asistencia Financiera](#)

4.0 DEFINICIONES / ABREVIATURAS

MVHS Mohawk Valley Health System
FSLH Faxton St. Luke's Healthcare
SEMC St. Elizabeth Medical Center
FA Asistencia financiera
FAP Programa de asistencia financiera
FC Asesor financiero

5.0 PROCEDIMIENTO / DIRECTIVA

5.1 Elegibilidad: Mohawk Valley Health System está dispuesto a ampliar la asistencia financiera a todas las personas elegibles que residen en los condados de Oneida, Madison o Herkimer. Los pacientes que residen en otras áreas serán revisados caso por caso. No limitamos la disponibilidad de asistencia financiera a base de residencia. La asistencia financiera (FA, por sus siglas en inglés) se ofrece a pacientes que tienen procedimientos médicamente necesarios, urgentes y de emergencia consistentes con la Subdivisión 9-a de la Sección 2807-k de la ley de salud pública del estado de Nueva York.

Los siguientes criterios deben cumplirse para ser elegibles para asistencia financiera:

- a. Si no hay patrimonio activo y no hay cónyuge sobreviviente o cuando haya fondos limitados y el abogado tiene la capacidad de resolver por una cantidad de la factura menor. Esto no incluye las cuentas de deudas incobrables de Medicare.
- b. Cualquier paciente que no califica para Medicaid y proporciona documentación de fondos limitados.
- c. Un menor cuando no se puede establecer responsabilidad parental.

- d. Pacientes que son indigentes, transitorios y no tienen cobertura médica disponible.
- e. Cualquier paciente no calificado para Medicaid, con fondos limitados, mínima o ninguna cobertura de seguro e incapaz de pago.
- f. Pacientes que han agotado sus beneficios de seguro y no demuestran más capacidad para pagar por los servicios.
- g. Cuentas devueltas a MVHS por nuestras agencias de colección y que son designadas por la agencia de colección como elegibles para asistencia financiera.
- h. Cualquier paciente, que queda con responsabilidad de coaseguro, copago o deducible de su seguro, no es elegible para Medicaid, cuenta con fondos limitados, pero es capaz y está dispuesto a liquidar la cuenta por un monto menor.
- i. Elegibilidad sobre una base única durante el periodo de inscripción cerrado del estado del Departamento de salud de Nueva York para los servicios actuales hasta noviembre del mismo año cuando comienza el período de inscripción abierta otra vez.

5.2 Proceso de solicitud

- a. Hay folletos y letreros disponibles en varios idiomas en los sitios de registro para notificar a los pacientes y los familiares de la existencia y disponibilidad del programa de asistencia financiera (FAP, por sus siglas en inglés). El sitio web del hospital y las declaraciones de facturación incluyen el número de teléfono de nuestro equipo de asesores financieros (FC, por sus siglas en inglés). Nuestra guía de seguro de nuestros pacientes incluye toda nuestra información de contacto y opciones de pago. [MV-04-005 Formulario 1 Solicitud/Determinación de Asistencia Financiera](#) está disponible en la página web del hospital.
- b. Un paciente o garante que solicita asistencia financiera tendrá hasta noventa (90) días desde la fecha de servicio/dada de alta para solicitar el programa. La siguiente información debe proporcionarse con la solicitud completa para ayudar en la decisión por el hospital para brindar atención gratuita. El plazo se puede renunciar en circunstancias atenuantes, tal como esperar la aprobación de Medicaid.
 - 1) [MV-04-005 Formulario 1 Solicitud/ Determinación de Asistencia Financiera](#) proporcionado por el Hospital debe ser completado y enviado en su totalidad dentro de los treinta (30) días de haber recibido la solicitud.
 - 2) Se requiere comprobante de ingresos y recursos del paciente y los miembros de la familia, si aplica. Los distintos tipos de comprobantes de ingresos figuran en [MV-04-005 Formulario 1 Solicitud/Determinación de Asistencia Financiera](#). Los comprobantes de ingresos incluyen, pero no se limitan a: ingresos por salarios (talones de los últimos tres meses), autoempleo, desempleo, seguro social, pensiones, indemnización, asistencia pública, pensión alimenticia, manutención de los hijos, intereses de dividendos ganados, alquileres, beneficios de veteranos y copia completa de formularios de impuestos para el año anterior, etc. Quedan excluidos los siguientes bienes: residencia principal del paciente (hogar propio), coche utilizado por el paciente o la familia, cuentas de ahorro para la Universidad e impuesto diferido, cuentas de ahorro de jubilación comparable.
 - 3) Los siguientes no son elegibles para el programa de asistencia financiera:

- a) Cuentas con agencias de cobro donde el paciente no ha mostrado ningún esfuerzo por pagar su factura.
- b) El incumplimiento por el solicitante en el suministro de toda la información necesaria para determinar elegibilidad.
- c) Servicios electivos no cubiertos como cirugía bariátrica, cirugía estética, cirugía dental, audífonos o tratamientos fuera del alcance de las órdenes de un médico.

5.3 Proceso de revisión

- a. Las cuentas a partir de la fecha de la solicitud se colocarán en espera de cualquier esfuerzo de colección hasta que se haya hecho una determinación de elegibilidad de asistencia financiera.
- b. Las solicitudes serán revisadas por el hospital dentro de treinta (30) días de recepción de la solicitud y la documentación de apoyo. Las cuentas se ajustarán según la escala proporcional desde la fecha de la solicitud y todas las facturas futuras que califiquen hasta el final del año calendario (31 de diciembre). Una nueva aplicación de asistencia financiera debe completarse cada año después de eso, según lo exija la necesidad.
- c. El paciente será notificado de la decisión por escrito. Si la solicitud es rechazada, la razón de la negación se proporcionará al solicitante. Si desea apelar la decisión, por favor, póngase en contacto con la oficina de negocios aplicables donde se prestaron los servicios FSLH (315) 624-5170 o SEMC (315) 801-3108. También puede comunicarse con NYS DOH 1 (800) 804-5447 o 1 (518) 402-6993. Los ejemplos de razones para negar la solicitud incluyen:
 - 1) El paciente no cumplió con los requisitos de política dentro de los treinta (30) días de solicitud.
 - 2) El paciente recibe ingresos sobre los límites de ingresos para calificar para asistencia financiera. En este momento se revisarán todas las opciones de pago con el paciente. MVHS ofrece un préstamo del hospital libre de interés de 5 meses y un préstamo del banco libre de interés.
- d. Puede presentarse una apelación por escrito dentro de los treinta (30) días de la recepción de la decisión por el paciente. El Hospital revisará la apelación y notificará al paciente por escrito de la determinación dentro de los treinta (30) días de recibir la apelación del paciente. El proceso de apelación se indica en la carta de decisión al paciente. Si la apelación es rechazada, el paciente recibirá cinco estados de cuenta a lo largo del ciclo de facturación de 120 días. El último estado de cuenta le indicará al paciente que la cuenta se enviará a colecciones.
- e. La apelación puede basarse en lo siguiente:
 - 1) Cambio de la situación financiera del paciente.
 - 2) Información incorrecta suministrada.
 - 3) Circunstancias atenuantes.

5.4 Directrices financieras

(Ver MV-04-005 Formulario 2 Programa A adjunto)

5.5 Asistencia financiera

(Ver MV-04-005 Formulario 2 Programa A adjunto)

5.6 Arreglos de pago/colección

- a. Los pacientes aceptados en el programa de asistencia financiera deben hacer pagos mensuales regulares del saldo dentro de un plazo máximo de cinco (5) meses, que no debe exceder el 10% de su ingreso bruto mensual. Si omite tres pagos consecutivos, las cuentas pueden ser enviadas a una agencia de colección exterior.
- b. Cualquier descuento dado continuará en el caso que una cuenta sea enviada a una agencia de colección.
- c. MVHS no obligará la venta o la ejecución de la residencia principal de un paciente para cobrar una factura pendiente.
- d. Las agencias de cobro obtendrán el consentimiento escrito de MVHS antes de comenzar acciones legales.
- e. Un paciente será notificado por lo menos 30 días antes de que una cuenta se transfiera a una agencia de colección.
- f. No se tomará acción de colección para ningún servicio elegible de Medicaid.
- g. El director de la oficina de negocios, o la persona designada, vigilará el cumplimiento de estas políticas y procedimientos.

5.7 Descuento de pago pronto: si sus ingresos son superiores al límite y se le ha negado el FAP, MVHS ofrece un descuento de auto-pago para los pacientes sin seguro médico. Contacte a la oficina de negocios en FSLH (315)624-5170 o SEMC (315)734-3108 para obtener asistencia.

6.0 DIAGRAMA DE FLUJO / SIPOC (si la hay)

N/A.

