



Política/procedimiento

Título: Política de asistencia financiera (FAP): atención benéfica	Fecha de entrada en vigor: enero de 2016
Departamento: ciclo de ganancias	N.º de política: 2209
Página 1 de 18	

PROPÓSITO del DOCUMENTO Bon Secours Charity Health System (BSCHS), una organización de atención médica sin fines de lucro, se dedica a la excelencia continua en la atención al paciente y al servicio de la comunidad. Como socio en la comunidad, la misión de Bon Secours Charity Health System es proporcionar servicios de salud caritativos y de calidad a quienes lo necesiten, independientemente de su capacidad para pagar BSCHS. BSCHS reconoce que a menudo es necesario brindar atención a los pacientes sin cargo o en montos inferiores a las tarifas establecidas, a la vez que se garantiza que la viabilidad a largo plazo del hospital no se vea amenazada.

ALCANCE Esta política se aplica a todos los empleados, contratistas (incluidas las agencias de cobranza), personal médico y residentes de BSCHS, según lo autorice el Comité de Políticas y Procedimientos.

RESPONSABILIDAD

DECLARACIÓN DE POLÍTICA La política de Bon Secours Charity Health System, incluido Good Samaritan Hospital (255 Lafayette Ave, Suffern, NY 10901), Bon Secours Community Hospital (160 Main St. Port Jervis, NY 12771) y St. Anthony Community Hospital (15 Maple Ave., Warwick NY, 10990) (en conjunto, "BSCHS") consiste en proporcionar asistencia financiera de conformidad con las leyes y regulaciones del estado de Nueva York. El director del Sistema de Contabilidad General del Paciente tendrá la autoridad final para determinar si se han realizado esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para la FAP y, por lo tanto, si se pueden tomar acciones extraordinarias contra la persona según la Política de Facturación y Cobro de BSCHS que se detalla en el Apéndice E.

DEPARTAMENTO RESPONSABLE Servicios financieros para pacientes/contabilidad para pacientes

PROCEDIMIENTO

A. Sin discriminación

BSCHS prestará los servicios necesarios desde el punto de vista médico a todos los miembros de la comunidad, como se define a continuación, que necesiten atención médica, independientemente de la capacidad del paciente para pagar dichos servicios. La determinación de asistencia financiera total o parcial estará basada en la capacidad de pago del paciente y no se limitará en función de la edad, el sexo, la etnia, el credo, la discapacidad, la orientación sexual, el estado de inmigración o el origen nacional.

- Bon Secours Community Hospital, ubicado en Port Jervis, Nueva York, tiene un área de servicio primaria que incluye Port Jervis y las áreas circundantes en los condados de Orange y Sullivan en Nueva York, el condado de Pike en Pensilvania y el condado de Sussex en Nueva Jersey.
- Good Samaritan Hospital, ubicado en Suffern, Nueva York, tiene un área de servicio primaria que incluye los condados de Rockland y Orange en Nueva York, y el condado de Northern Bergen en Nueva Jersey.
- St. Anthony Community Hospital, ubicado en Warwick, Nueva York, tiene un área de servicio primaria que incluye Warwick y las áreas circundantes en el condado de Orange, Nueva York, y en los condados de Sussex y Passaic en Nueva Jersey.

B. Confidencialidad

La necesidad de asistencia financiera puede ser un tema sensible y profundamente personal para los destinatarios. Se mantendrá la confidencialidad de la información y la preservación de la dignidad individual para todos los que buscan servicios de caridad. La orientación y la selección del personal que implementará esta política y procedimiento se guiarán por estos valores. No se divulgará ninguna información obtenida en la solicitud de asistencia financiera del paciente, a menos que el paciente otorgue un permiso expreso y por escrito para dicha divulgación.

C. Elegibilidad para la asistencia financiera

- Todos los pacientes residentes del Estado de Nueva York o que residen en una comunidad de BSCHS, como se define anteriormente y en el Apéndice A, son elegibles para recibir asistencia financiera por una afección médica de emergencia. La asistencia financiera también está disponible para servicios necesarios desde el punto de vista médico para aquellos pacientes que residan en el área de servicio primario para una afección médica que no sea de emergencia. Sin embargo, BSCHS puede extender su política de asistencia financiera a otras personas según se apruebe el caso. Esta política no estará disponible para pacientes que reciban servicios que no sean necesarios desde el punto de vista médico, como procedimientos cosméticos o procedimientos para pacientes inscritos en compañías de seguros que no tienen contrato con BSCHS.
- La determinación de la elegibilidad para la asistencia financiera se realizará al recibir una solicitud completa del paciente o su representante autorizado. En general, un paciente es presuntamente elegible para recibir algún tipo de asistencia financiera si su nivel de ingresos es inferior al 500 % del nivel federal de pobreza y si sigue los procedimientos descritos en esta política para solicitar asistencia.
- El hospital considerará los niveles de ingresos al determinar la elegibilidad para la asistencia financiera. No se tendrán en cuenta la residencia principal, los activos retenidos en un impuesto diferido u otros ahorros de cuenta de retiro comparables, los ahorros en cuentas universitarias o los autos que usan regularmente los pacientes o sus familiares directos.
 - BSCHS hará una determinación de elegibilidad para la asistencia financiera en función de los niveles de ingresos proporcionados durante el proceso de solicitud. La calificación para el programa de asistencia financiera se basa únicamente en los ingresos mensuales o anuales del paciente en relación con las pautas federales de pobreza (<https://www.healthcare.gov/glossary/federal-poverty-level-FPL/>).
- Los descuentos de asistencia financiera se aplicarán según las pautas enumeradas en la tabla D a continuación. Las pautas de pobreza que se indican en esta tabla (añadir enlace) se aplican a todos los servicios.
- El monto máximo de esta póliza del cual el paciente será responsable no excederá la tasa establecida en la tarifa por el servicio de Medicare para la instalación, de conformidad con la sección 501(r) del Código de Impuestos Internos.
- Esta política de asistencia financiera se aplica solo a los tres hospitales de BSCHS que se indican arriba. Cualquier otro médico, proveedor o grupo de proveedores contratados, como se detalla a continuación, incluidos los médicos que atienden en la sala de emergencias y que son parte de Bon Secours Medical Group, no están cubiertos por esta política. Puede comunicarse directamente con su proveedor si tiene alguna pregunta sobre sus políticas.
- Grupos de proveedores contratados por BSCHS:
 - Access Physical Therapy & Wellness
16 Maybrook Ave.
Campbell Hall, NY 10916
1500, a excepción de los pacientes de terapia física ambulatoria, que se pueden derivar al 845-987-5150.
 - Caponigro, David DDS
84 Route 59, Suffern, NY 10901
(845) 357-2070
 - Children's and Women's Physicians of Westchester, LLP
40 Sunshine Cottage Road, Skyline Suite 1N-C26 Valhalla, NY 10595
Consultas sobre facturación: 866-685-0474|Número principal: 914-594-2100
 - Crystal Run Healthcare, LLP
155 Crystal Run Rd, Middletown, NY 10941
(845) 703-6999

Dentserv Dental Services, PC
15 Canal Rd, Pelham, NY 10803
(914) 738-1144

Hackensack University Medical Center
30 Prospect Ave, Hackensack, NJ 07601
(551) 996-2000

Hakim, James, M.D.
571 Central Ave # 112, New Providence, NJ 07974
(908) 464-7300

Hendi, Justin A., DMD
84 Route 59, Suffern, NY 10901
(845) 357-2070

Histopathology Services, L.L.C./_Orange Pathology Associates, P.C.
535 East Crescent Avenue, Ramsey, NJ 07446
Teléfono: (845)369-4200, opción 5

Horizon Medical Corporation
Domicilio de facturación:
3 West Olive St. Suite 201
Scranton, PA 18508
Teléfono (570) 969-0663 Fax (570) 969-9697

Hospital Attending Physicians, PLLC
34 Greenwich Avenue, Central Valley, NY 10917
(845) 238-3466

Hudson Valley Neurosurgical Associates, LLC
222 Route 59, Suffern, NY 10901
(845) 368-0286

MedExcel/Tri-State Emergency Physicians
Oficina: 75 Crystal Run Rd, Middletown, NY 10941
(845) 703-2273
Compañía de facturación: Medicom Management Services
484 Temple Hill Road Suite 104
New Windsor, NY 10901
(845) 565-3700 o 800-571-7440

Orange Pathology Associates
156 Route 59, Suite B4
Suffern, NY 10901-5005
(845)-369-4200 opción 5

Pavone, Anthony G., DDS, MD
84 Route 59, Suffern, NY 10901
(845) 357-2070
Port Jervis Behavioral Medicine, PLLC
206 New Ball St, Port Jervis, NY 12771
(845) 858-5401

Ramapo Anesthesiologists/Clarkin Richard, M.D.
133 Lafayette Ave, Suffern, NY 10901
(845) 357-5770

Ramapo Radiology Associates, P.C./Orange Radiology
11 N Airmont Rd, Suffern, NY 10901
(845) 357-7245

Rockland Pulmonary and Medical Associates, P.C. (Servicios de laboratorio del sueño)
2 Crosfield Ave # 318, West Nyack, NY 10994
(845) 353-5600

Steigman, Edmund J. DMD
84 New York 59, Suffern, NY 10901
(845) 357-2070

Tri-State Surgical Associates, PLLC/Tristate Bariatrics
 384 Crystal Run Rd,
 Middletown, NY 10941-4013
 (845) 692-8780

Virtual Radiologic/New York Radiology Alliance
 PO Box 4246
 Carol Stream, IL 60197
 (866) 282-3827

Warwick Anesthesia and Pain Management, P.C.
 15 Maple Ave Warwick, NY 10990-1028
 (845) 986-2224

D. Tabla de niveles de asistencia financiera/atención benéfica basados en los ingresos

Nivel de atención benéfica	Ingreso familiar como de nivel federal de pobreza (%)	Descuento para pacientes ambulatorios sobre el monto facturado Cargos	Descuento para pacientes internados sobre el monto facturado Cargos
Nivel I, gratuito	<=250 %	100 %	100 %
Nivel II, con descuento	251 % - 350 %	50 %*	50 %*
Nivel III, con descuento	351 % - 500 %	30 %*	30 %*
Nivel IV, exposición limitada	Ingreso familiar multiplicado por el 20 % para determinar el gasto máximo de bolsillo en el que se podrá incurrir. Una vez que se alcance, se aplicará el 60 % de descuento.*	60 %*	60 %*

* No deberá exceder la tasa de la FFS de Medicare para los servicios prestados, de conformidad con la sección 501(r) del Código de Impuestos Internos. (Este es el monto que generalmente se le factura [AGB] a las personas que tienen un seguro que cubre la atención).

E. Proceso de solicitud

- Los pacientes completarán una solicitud que se encuentra disponible en los tres hospitales o en internet en <http://bschs.bonsecours.com/gsh/billing-insurance-and-financial-assistance.aspx>
<http://bschs.bonsecours.com/bsch/billing-insurance-and-financial-assistance.aspx>
<http://bschs.bonsecours.com/sach/billing-insurance-and-financial-assistance.aspx> para solicitar asistencia financiera de BSCHS. Los pacientes que no tengan seguro pueden calificar para recibir asistencia financiera en función de sus ingresos mensuales o anuales, y del tamaño de su familia. Los pacientes que sí tengan seguro también pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera para sus deducibles y coseguros, si los servicios son necesarios desde el punto de vista médico. Las políticas de asistencia financiera no se aplicarán a partes de la factura cubiertas por el seguro, excepto por los montos aplicables de coseguros y deducibles.
- Las solicitudes de asistencia financiera pueden ser propuestas por fuentes distintas del paciente, como su médico, los miembros de su familia, la comunidad o grupos religiosos, organizaciones de servicios sociales o el personal del hospital. Se le debe informar al paciente de dicha solicitud. Este tipo de solicitud se procesará como cualquier otra y estará sujeta a las pautas de calificación de asistencia financiera.
- El hospital deberá enviarle a toda persona que solicite información sobre el programa de asistencia financiera de BSCHS una solicitud y un resumen en lenguaje sencillo (también disponibles en las páginas web sobre el programa que se indican más arriba).
- Si el hospital tiene una base razonable para creer que un paciente puede ser elegible para Medicaid u otro programa de seguro de patrocinio público, entonces el hospital tendrá derecho a exigirle al paciente (o pacientes) que cooperen para solicitar dicha cobertura como condición para recibir asistencia financiera.

BSCHS presentará una base razonable y de buena fe para creer que el paciente puede ser elegible para la cobertura de Medicaid y documentará el motivo en los registros del paciente.

- Los representantes de asistencia financiera de BSCHS ubicados en las áreas de registro de cada hospital (véanse las direcciones en la página uno) brindarán asistencia a todos los pacientes con la solicitud. Se prestarán servicios de lectura, escritura o traducción a todos los pacientes, según sea necesario.
- BSCHS hará todos los esfuerzos para que el paciente complete una solicitud de asistencia financiera al momento o antes de la prestación de los servicios. Al paciente se le concederán noventa (90) días a partir de la fecha de alta o a partir de la fecha del servicio para presentar la solicitud completa, y veinte (20) días adicionales para presentar toda la documentación necesaria. BSCHS puede ampliar estos plazos para completar una solicitud de asistencia financiera en función de circunstancias atenuantes, según se apruebe el caso.
- Si se necesita verificar la información financiera, el hospital deberá solicitar dicha información al paciente. Los pacientes pueden utilizar una variedad de información para respaldar sus circunstancias financieras, como por ejemplo talonarios de cheques, formularios W-2 y declaraciones de desempleo o discapacidad. Si esos datos no están disponibles, se aceptará una carta de apoyo de personas que satisfagan las necesidades básicas de vida del paciente. BSCHS puede utilizar servicios de informes financieros de terceros (es decir, Search America) para verificar la información proporcionada.
- Si se solicita un depósito del paciente antes de proporcionar atención que no sea de emergencia, pero que sea necesaria desde el punto de vista médico, dicho depósito se incluirá como parte de cualquier consideración de asistencia financiera.

F. Proceso de aprobación

- Se deberá notificar al paciente por escrito dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud de asistencia financiera y de cualquier material de respaldo sobre si el paciente califica o no para el programa de asistencia financiera. El paciente recibirá una notificación (véase el Apéndice B) que establece que la elegibilidad para recibir asistencia financiera entrará en vigor por un período de un año, a menos que se produzca algún cambio en la situación financiera del paciente y su familia.
- Si se ha aprobado la solicitud del paciente para recibir asistencia financiera en los últimos doce (12) meses y las circunstancias financieras del paciente no han cambiado, se considerará que el paciente es elegible para recibir asistencia financiera sin necesidad de presentar una nueva solicitud de asistencia financiera.

G. Presunta asistencia financiera

- BSCHS reconoce que ciertas personas pueden no solicitar abiertamente asistencia financiera, incluso si es evidente que calificarían de conformidad con la política de atención benéfica. Si bien las cuentas de estos pacientes seguirán el proceso normal de cobro, el centro médico puede tomar las siguientes medidas:
 - i. Las cuentas que han sido clasificadas como incobrables por una agencia de cobranza pueden ser revisadas por el centro médico a través de servicios externos de validación de datos financieros y demográficos proporcionados por un servicio de terceros reconocido a nivel nacional (es decir, Search America). Dicho servicio le proporcionará al centro médico, como mínimo, el porcentaje estimado del nivel federal de pobreza y el tamaño de la familia (obtenidos a través de registros financieros públicos y fuentes de datos demográficos).
 - ii. El centro médico utilizará estos datos de presunta asistencia financiera para determinar qué cuentas pueden reclasificarse de deudas incobrables a casos de asistencia financiera, de conformidad con los términos de esta política y los límites del FPL descritos en el párrafo siete (7) más arriba.
 - iii. La documentación enviada al servicio de terceros para iniciar la consulta financiera y de antecedentes, así como todos los resultados entregados por el servicio de terceros, se mantendrá en los archivos de contabilidad de asistencia financiera del paciente.

H. Proceso de rechazo y apelación

- Si se determina que el paciente no califica para el programa de asistencia financiera, se le deberá informar por escrito dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al rechazo. Se proporcionarán todos los motivos del rechazo en la correspondencia.
- En la correspondencia de rechazo se incluirá información sobre cómo apelar ante la decisión de no otorgar asistencia financiera.
- Cada paciente al que se le niegue asistencia financiera podrá presentar una petición por escrito ante el hospital dentro de los treinta (30) días para que se reconsidere en función de circunstancias atenuantes.

- Las apelaciones de asistencia financiera se presentarán a un comité especial de relaciones con el paciente que incluirá a las siguientes personas, entre otras:
 - Vicepresidente con responsabilidad administrativa de la Contabilidad General del Paciente.
 - Director, Contabilidad General del Paciente
 - Director de Relaciones con los pacientes/defensa
- Todas las apelaciones se evaluarán según el caso teniendo en cuenta los numerosos factores únicos que afectan la capacidad de pago de un paciente. BSCHS puede, a su discreción, extender la asistencia financiera más allá de lo exigido en esta política.
- Se notificará a los pacientes sobre la determinación o el estado de la apelación dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de la apelación del paciente.

I. Comunicación

- En un esfuerzo por notificar a los pacientes sobre el programa de asistencia financiera, durante el proceso de registro se les proporcionará el resumen en lenguaje sencillo (véase el Apéndice C) que describe el programa de asistencia financiera, el proceso de solicitud y los números de teléfono de contacto para obtener información adicional, que también estarán disponibles en los mostradores de registro de pacientes y en las áreas de espera. Además, se colocará la señalización (véase el Apéndice D) que indica la disponibilidad del programa de asistencia financiera en todas las áreas de registro de pacientes.
- BSCHS deberá proporcionar notificaciones sobre el programa de asistencia financiera del hospital en inglés, español, yídish o creole durante cualquier proceso de preadmisión, admisión y alta.
- Todos los empleados del hospital en las áreas de contabilidad, facturación, registro y emergencia recibirán capacitación completa sobre la política de asistencia financiera del hospital, tendrán acceso a los formularios de solicitud y podrán derivar las preguntas de los pacientes a los representantes del hospital correspondientes.
- Todos los miembros del personal que estén en contacto con el público y con el paciente recibirán capacitación sobre la disponibilidad del programa de asistencia financiera en BSCHS y sobre cómo derivar a los pacientes a los representantes adecuados para que obtengan asistencia e información adicional.
- BSCHS designará a miembros de la Oficina de Ayuda Financiera como especialistas en el proceso de asistencia financiera. Estos individuos proporcionarán o coordinarán las medidas de asistencia descritas en esta política y supervisarán todos los aspectos del proceso de solicitud de asistencia financiera.
- Se incluirá una declaración con respecto a la disponibilidad de programas de asistencia financiera, incluida la asistencia financiera, en todas las facturas y anuncios de correo que BSCHS envíe a los pacientes. Se incluirá información sobre cómo comunicarse con BSCHS para obtener más información o para presentar una solicitud para el programa.

J. Mantenimiento de registros

- Todas las solicitudes de asistencia financiera se mantendrán archivadas durante cinco (5) años. En el expediente del paciente se mantendrá una copia de la solicitud de asistencia financiera del paciente y toda la correspondencia realizada con el paciente con respecto a la aprobación, denegación y apelación del paciente.
- La asistencia financiera se registrará a través del método de amortización directa y deberá cumplir con todas las reglamentaciones contables del Instituto Americano de Contadores Públicos Certificados. Los códigos de transacción y los códigos del plan se establecerán en el sistema de facturación computarizado del paciente de BSCHS, a fin de llevar un registro e informar adecuadamente sobre la actividad de asistencia financiera.

K. Presentación de informes

- BSCHS deberá proporcionar una copia del programa de asistencia financiera del hospital e informar el monto de la asistencia financiera provista en costos y cargos en sus estados financieros anuales. El hospital deberá presentar una copia de su programa de asistencia financiera ante todas las agencias locales y estatales correspondientes.
- El Director de Acceso del paciente/Contabilidad General del Paciente auditará el proceso de asistencia financiera a través del muestreo de un mínimo de diez (10) solicitudes de asistencia financiera cada semestre. Se revisará por completo la documentación, la correspondencia con el paciente y la actividad financiera posterior en las cuentas. Se llevará a cabo una investigación adecuada y un proceso de seguimiento en caso de que se descubra alguna desviación de esta política.

REFERENCIAS: Política de facturación y cobros (Apéndice E)

APROBACIONES

 Director del sistema, Contabilidad General del Paciente
 Bon Secours Charity Health System
 Miembro de Westchester Medical Center Health Network

 Fecha

 Vicepresidente, Ciclo de ganancias
 Bon Secours Charity Health System
 Westchester Medical Center Health Network

 Fecha

 Vicepresidente ejecutivo, Planificación Financiera
 y Atención Administrada
 Westchester Medical Center
 Westchester Medical Center Health Network

 Fecha

HISTORIAL DE POLÍTICAS

Política original de Bon Secours Community Hospital
Política original de Good Samaritan Hospital
Política original de St. Anthony's Community Hospital

FECHAS DE APROBACIÓN:

01/16 - D	10/17 - C	
05/16 - R	11/17 - R	
02/16 - R		
03/17 - C		

MM/AA. "D" significa "desarrollado", "C" significa "cambiado", "R" significa "revisado".

APÉNDICE A DEFINICIONES

1. Las áreas principales de servicio de BSCHS son las siguientes:
 - 1.1. Bon Secours Community Hospital, ubicado en Port Jervis, Nueva York, tiene un área de servicio primaria que incluye Port Jervis y las áreas circundantes en los condados de Orange y Sullivan en Nueva York, el condado de Pike en Pensilvania y el condado de Sussex en Nueva Jersey.
 - 1.2. Good Samaritan Hospital, ubicado en Suffern, Nueva York, tiene un área de servicio primaria que incluye los condados de Rockland y Orange en Nueva York, y el condado de Northern Bergen en Nueva Jersey.
 - 1.3. St. Anthony Community Hospital, ubicado en Warwick, Nueva York, tiene un área de servicio primaria que incluye Warwick y las áreas circundantes en el condado de Orange, Nueva York, y en los condados de Sussex y Passaic, en Nueva Jersey.
2. El término "asistencia financiera" se refiere a los servicios de diagnóstico y tratamiento para pacientes internados y ambulatorios que son necesarios desde el punto de vista médico para aquellos pacientes que no estén asegurados o que estén subasegurados y no puedan pagar la atención médica, según las pautas establecidas por el hospital. Dicho tratamiento es proporcionado por BSCHS, que no espera recibir el pago total. La asistencia financiera no incluye deudas incobrables o débitos/deducciones contractuales del gobierno u otros programas.
3. El término "paciente no asegurado" se refiere a un paciente que no tiene cobertura de seguro médico o a un paciente que ha agotado su cobertura médica.
4. El término "paciente subasegurado" se refiere a un paciente que tiene algún tipo de cobertura de seguro médico, pero que tiene una importante responsabilidad de desembolso personal que no puede costear.
5. Los términos "copagos y deducibles" se refieren a la responsabilidad de desembolso personal de gastos de bolsillo según los términos del seguro de un paciente o la política de cobertura médica patrocinada por el gobierno.
6. El término "deuda incobrable" se define como los gastos resultantes del tratamiento de los servicios prestados a un paciente y/o su garante que, si bien tiene los recursos financieros necesarios para pagar los servicios de atención médica, ha demostrado por sus acciones una falta de voluntad para cumplir con los arreglos contractuales para solventar una factura.
7. El término "servicios necesarios desde el punto de vista médico" se referirá a los servicios de atención médica que tengan como propósito evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión o enfermedad de conformidad con las normas generalmente aceptadas de prácticas médicas.
8. El término "afección médica de emergencia" se define en la sección 1867(a) del Seguro Social, también conocido como la Ley de Trabajo Activo y Tratamiento Médico de Emergencia (EMTALA). La EMTALA define a la afección médica de emergencia como una afección médica que se manifiesta a través de síntomas agudos lo suficientemente graves como para que se espere razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata de como resultado lo siguiente: (i) que la salud de la persona esté en grave peligro; (ii) que se produzca un serio deterioro de las funciones corporales; o (iii) que se produzca una disfunción grave de cualquier parte de un órgano corporal. Además, la EMTALA incluye en su definición de afección médica de emergencia a las mujeres embarazadas con contracciones.
9. El término "servicios opcionales" se referirá a todos los demás servicios que no constituyan una afección médica de emergencia.

APÉNDICE B
CARTA DE ELEGIBILIDAD DE ASISTENCIA FINANCIERA



BON SECOURS CHARITY HEALTH SYSTEM

A member of the
 Westchester Medical Center Health Network
 P.O. Box 742431 Atlanta GA 30374-2431

John Doe
 101 Any Street
 Anytown, PA 99999-999

05/10/2017

Estimado John Doe:

Gracias por confiarle sus necesidades de atención médica a Bon Secours Health Systems, Inc. (BSHSI), ya que brindamos "una buena ayuda a los necesitados" (Good Help to Those in Need®).

Se ha aprobado su solicitud para participar del Programa de asistencia financiera de BSHSI. Si no tiene seguro médico, o deja de tenerlo durante su período de aprobación, se le exigirá que coopere con nuestro socio de elegibilidad en cada visita. El socio de elegibilidad que trabaja en nombre de BSHSI le ayudará con su solicitud para obtener un plan de salud patrocinado por el gobierno. Si no califica para obtener un plan de salud patrocinado por el gobierno u otro seguro, el Programa de asistencia financiera le permitirá acceder a servicios de atención médica en todos los establecimientos de Bon Secours. Comuníquese con su médico para determinar su participación en el Programa de asistencia financiera. Su asistencia financiera será válida durante 12 meses, siempre y cuando continúe colaborando con nuestro socio de elegibilidad.


Tenga en cuenta que el Programa de asistencia financiera no se aplica a los servicios de tratamiento provistos como resultado de un accidente, procedimientos opcionales no necesarios desde el punto de vista médico (como procedimientos cosméticos y de tarifa plana), equipo médico duradero, atención domiciliaria, medicamentos recetados y pacientes con seguro que elijan no utilizar su seguro. El Programa de asistencia financiera no es un seguro.

Si necesita ayuda, visite a un asesor financiero en su hospital Bon Secours local o comuníquese con nuestro Departamento de Atención al Cliente.

Teléfono local: (844) 419-2701.
 De lunes a viernes de 7:00 a 17:00 horas.

Estamos comprometidos a ayudar a las personas y comunidades a alcanzar la salud y la integridad como parte del ministerio de sanación de Bon Secours Health System Inc.

Atentamente,
 Bon Secours
 Programa de asistencia financiera

 Tarjeta sanitaria	
Miembro:	JOHN DOE
Código de la entidad emisora:	Bon Secours Charity Health System
N.º de política:	
Fechas de entrada en vigor:	

APÉNDICE C
BON SECOURS CHARITY HEALTH SYSTEM
RESUMEN INFORMATIVO EN LENGUAJE PLANO SOBRE LAS POLÍTICAS
DE ATENCIÓN BENÉFICA/AYUDA FINANCIERA

La misión de Bon Secours Charity Health System (BSCHS) es proporcionar servicios de salud caritativos y de calidad a quienes lo necesiten, independientemente de su capacidad para pagar. Si usted no tiene seguro médico, podemos ayudarlo. Puede que califique para recibir asistencia financiera a través de un programa patrocinado por el gobierno o a través del Programa de asistencia financiera de Bon Secours. Nuestro personal o representantes están a su disposición para ayudarlo con el proceso de solicitud de cualquiera de estos programas.

Bon Secours Charity Health System incluye tres hospitales en el área:

- Bon Secours Community Hospital, 160 East Main St., Port Jervis, NY 12771
- Good Samaritan Hospital, 255 Lafayette Ave. (Route 59) Suffern, NY 10901
- St. Anthony Community Hospital, 15 Maple Avenue, Warwick, NY 10990

Hay asistencia financiera disponible para pacientes con ingresos limitados y sin seguro de salud. Si bien el área de servicio principal de Bon Secours Charity Health System se definió anteriormente y todas las personas del estado de Nueva York que necesiten servicios médicos pueden recibir atención y obtener un descuento si cumplen con ciertos límites de ingresos, el monto del descuento varía según su ingreso y el tamaño de su familia. No dude en presentar su solicitud: puede calificar aunque trabaje o sea dueño de una casa o un coche. También puede solicitar un descuento independientemente de su estado de inmigración. Se ofrece atención con descuento o gratuita a partir del 500 % de las pautas federales de pobreza.

Cantidad de personas dentro de un grupo familiar	Cuarenta y ocho estados contiguos de los EE. UU. y D.C.	Nivel I	Nivel II		Nivel III		Nivel IV
		<= 250 % del nivel federal de pobreza (FPL) 100 % de descuento	Entre el 251 % y el 350 % del FPL Descuento del 50 % de los cargos totales o la tasa de la FFS de Medicare, el monto que resulte menor*		Entre el 351 % y el 500 % del FPL Descuento del 30 % de los cargos totales o la tasa de FFS de Medicare, el monto que resulte menor*		OOP > 20 % de ingresos Descuento del 60 %
	Nivel de ingresos	250 %	251 %	350 %	351 %	500 %	>500 %
1	\$12,140	\$30,350	\$30,351	\$42,490	\$42,491	\$60,700	Ingreso familiar multiplicado por el 20 % para determinar el gasto máximo de bolsillo en el que se podrá incurrir. Una vez que se alcance dicho monto, se aplicará un descuento del 60 % sobre los cargos totales o la tasa de la FFS de Medicare, el monto que resulte menor*
2	\$16,460	\$41,150	\$41,151	\$57,610	\$57,611	\$82,300	
3	\$20,780	\$51,950	\$51,951	\$72,730	\$72,731	\$103,900	
4	\$25,100	\$62,750	\$62,751	\$87,850	\$87,851	\$125,500	
5	\$29,420	\$73,550	\$73,551	\$102,970	\$102,971	\$147,100	
6	\$33,740	\$84,350	\$84,351	\$118,090	\$118,091	\$168,700	
7	\$38,060	\$95,150	\$95,151	\$133,210	\$133,211	\$190,300	
8	\$42,380	\$105,950	\$105,951	\$148,330	\$148,331	\$211,900	
C/ adic.	\$4,320	\$10,800	\$10,801	\$15,120	\$15,121	\$21,600	

* La tasa de la FFS de Medicare para los servicios provistos es el AGB (es el monto que generalmente se le factura a las personas que tienen seguro para cubrir la atención), de conformidad con la sección 501(r) del Código de Impuestos Internos.

Todos los servicios hospitalarios necesarios desde el punto de vista médico, incluida la atención preventiva, están cubiertos por el Programa de asistencia financiera. Esto incluye servicios para pacientes ambulatorios, atención para pacientes internados y servicios de emergencia.

Esta política de asistencia financiera se aplica solo a los tres hospitales de BSCHS que se indican arriba. Cualquier otro médico, proveedor o grupo de proveedores, incluidos los médicos que atienden en la sala de emergencias o que son parte de Bon Secours Medical Group, no están cubiertos por esta política. Puede comunicarse directamente con su proveedor si tiene alguna pregunta sobre sus políticas.

¿Cómo puedo obtener información gratuita acerca del Programa de asistencia financiera/atención benéfica? ¿Qué debo hacer para solicitar el programa?

Le ayudaremos a completar una solicitud sencilla y le brindaremos información sobre algunos documentos que pueden ser necesarios (identificación con foto, recibos de sueldo, etc.). Si usted, sus familiares o amigos no hablan inglés, alguien lo le brindará asistencia en su propio idioma. Este documento, la Política de asistencia financiera y la solicitud de asistencia financiera están disponibles en español, yídish y creole.

Nuestros representantes financieros también pueden informarle si califica para un seguro médico gratuito o de bajo costo, como Medicaid, Child Health Plus y Family Health Plus. Si los representantes financieros descubren que no califica para recibir seguro gratuito o de bajo costo, lo ayudarán a solicitar un descuento atención benéfica.

Las copias gratuitas de nuestra Política de asistencia financiera y Solicitud de asistencia financiera, la información sobre la elegibilidad del paciente para la atención benéfica/asistencia financiera, así como también la asistencia con el proceso de solicitud están disponibles en el Departamento de Emergencia de los hospitales y en las áreas de registro/admisión de los hospitales en las direcciones que se indican **arriba**. También podrá encontrar información en las páginas web de los hospitales:

[HTTP://BSCHS.BONSECOURS.COM/BSCH/BILLING-INSURANCE-AND-FINANCIAL-ASSISTANCE.ASPX](http://BSCHS.BONSECOURS.COM/BSCH/BILLING-INSURANCE-AND-FINANCIAL-ASSISTANCE.ASPX)

[HTTP://BSCHS.BONSECOURS.COM/SACH/BILLING-INSURANCE-AND-FINANCIAL-ASSISTANCE.ASPX](http://BSCHS.BONSECOURS.COM/SACH/BILLING-INSURANCE-AND-FINANCIAL-ASSISTANCE.ASPX)

[HTTP://WWW.GOODSAMHOSP.ORG/GSH/BILLING-INSURANCE-AND-FINANCIAL-ASSISTANCE.ASPX](http://WWW.GOODSAMHOSP.ORG/GSH/BILLING-INSURANCE-AND-FINANCIAL-ASSISTANCE.ASPX)

También puede comunicarse con representantes con conocimientos sobre el Programa de atención benéfica/asistencia financiera y solicitar una copia gratuita de nuestra Política de asistencia financiera y de la solicitud de asistencia financiera por correo postal o por teléfono al número y a la dirección de Bon Secours Charity que se indica a continuación:

LOS SOLICITANTES DEBEN ENVIAR TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS EN EL MISMO SOBRE
A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

Programa de asistencia financiera de Bon Secours Charity
400 Rella Blvd.
Suite 308

Montebello, NY 10901

Atención benéfica/asistencia financiera: Línea gratuita (866) 534-6702

Centro de Atención al Cliente: Línea gratuita (844) 419-2701

¿Qué pasa si tengo un problema que no se puede solucionar en el hospital?

Puede comunicarse con el Departamento de Salud de Nueva York al 1-800-804-5447. Se determinará la elegibilidad para el Programa de atención benéfica/asistencia financiera una vez que complete la solicitud de atención benéfica/asistencia financiera.

APÉNDICE D
SEÑALIZACIÓN

Need help
paying your
hospital
bill?

Our staff is available to assist you in applying for all government-sponsored programs and the Bon Secours Financial Assistance Program.

Contact our Financial Counseling office at
844-419-2701

BON SECOURS CHARITY HEALTH SYSTEM
Bon Secours Health System

The sign features a background image of a person's hands holding a document. The text is arranged in a vertical stack, with the main question in large, bold letters. The contact information and logo are at the bottom.

¿Necesita ayuda
pagando su
cuenta del
hospital?

Nuestro personal está disponible para ayudarle a usted con solicitudes de todos los programas financiados por el gobierno y el Programa de ayuda financiera de Bon Secours (Bon Secours Financial Assistance Program).

Comuníquese con nuestra oficina de concejos para ayuda financiera. Teléfono: **844-419-2701**

BON SECOURS CHARITY HEALTH SYSTEM
Bon Secours Health System

The sign features a background image of a person's hands holding a document. The text is arranged in a vertical stack, with the main question in large, bold letters. The contact information and logo are at the bottom.

APÉNDICE E POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBROS



BON SECOURS CHARITY HEALTH SYSTEM

A member of the
Westchester Medical Center Health Network

Política/procedimiento

Título: Facturación y cobros	Fecha de entrada en vigor: Enero de 2017
Departamento: Ciclo de ganancias	N.º de política:
	Página 1 de 6

PROPÓSITO

El propósito de esta política es proporcionar información acerca de las prácticas de facturación y cobros de los hospitales de Bon Secours Charity Health System (BSCHS), Inc.

ALCANCE

Esta política se aplica a todos los establecimientos de atención médica de BSCHS. Todas las agencias de cobranza que trabajen en nombre de BSCHS honrarán y apoyarán las prácticas de cobro de BSCHS, según se indica a continuación. A menos que se especifique lo contrario, esta política no se aplica a médicos u otros proveedores, incluidos, entre otros, médicos que atienden en la sala de emergencias, anestesistas, radiólogos.

DEFINICIONES

Montos generalmente facturados (AGB): cargos facturados a los garantes elegibles para la asistencia financiera: Los montos facturados se basan en los montos permitidos de la tasa de servicio (FFS) de Medicare para emergencias y otros servicios de atención necesarios desde el punto de vista médico. Los montos permitidos incluyen tanto el monto que pagará la aseguradora como el monto que la persona debe pagar, si corresponde. Los AGB se calculan mediante un método prospectivo de Medicare y equivalen al monto actual de la FFS de Medicare según la sección 26 del CFR, subsección 1.501(r).

Deuda incobrable: un saldo de cuenta adeudado por el garante que se establece como incobrable.

Agencia de cobranza: una “agencia de cobranza” es cualquier entidad contratada por un hospital para cobrar el pago por parte de los garantes.

Período de elegibilidad: es el período de tiempo en que un garante recibe asistencia financiera.

Acción de cobro extraordinaria (ECA): una ECA puede ser cualquiera de las siguientes:

- La transferencia de la deuda de una persona a otra parte, sujeta a algunas excepciones.
- La presentación de un informe adverso ante una agencia u oficina de informes crediticios.

El aplazo, el rechazo o la exigencia del pago antes de que se proporcione la atención necesaria desde el punto de vista médico debido a la falta de pago de la atención brindada previamente.

- Acciones que requieren un proceso legal, que incluyen las siguientes acciones, entre otras:
 - La colocación de un derecho de retención sobre una propiedad.
 - Ejecuciones hipotecarias en bienes inmuebles.
 - El embargo o la incautación de una cuenta bancaria u otra propiedad personal.
 - El inicio de acciones civil contra un individuo.
 - El arresto de un individuo.
 - Iniciar una orden de arresto contra un individuo.
 - El embargo del salario de un individuo.

La presentación de un reclamo como parte de un procedimiento de bancarrota no constituye una acción de cobro extraordinaria.

Garante: el paciente, el cuidador o la entidad responsable del pago de una factura de atención médica.

Programa de asistencia financiera para pacientes: un programa diseñado para reducir el saldo adeudado por el garante. Este programa se proporciona a los garantes que no estén asegurados o que estén subasegurados y para quienes el pago total o parcial de la obligación financiera causaría dificultades financieras.

Responsabilidad del paciente para pacientes asegurados: “Responsabilidad del paciente” es el monto que un paciente asegurado es responsable de pagar de su bolsillo después de que la cobertura de terceros del paciente haya determinado el monto de los beneficios del paciente.

Responsabilidad del Paciente para pacientes no asegurados: el monto que un paciente es responsable de pagar una vez que se hayan aplicado los AGB locales.

Pagadores de terceros: organizaciones que externas al paciente (primera parte) o el proveedor de atención médica (segunda parte) que participa en la financiación de los servicios de salud personales.

Subasegurado: una persona que tiene seguro a la cual se le cobran cargos totales por servicios no cubiertos según su plan de beneficios. Estos son algunos ejemplos: Medicamentos autoadministrados de Medicare, beneficios máximos alcanzados, beneficios de maternidad, etc.

No asegurado: paciente que no tiene seguro.

POLÍTICA

La política de BSCHS implica la facturación a los garantes y a los pagadores de terceros correspondientes de manera precisa, puntual y de conformidad con las leyes y normativas aplicables.

PROCEDIMIENTO

Facturación a no garantes

1. Obtención de información de cobertura: BSCHS hará todos los esfuerzos razonables para obtener información de los pacientes sobre si el seguro médico privado o público puede cubrir total o parcialmente los servicios prestados por el hospital.
2. Facturación a pagadores de terceros: Los hospitales buscarán diligentemente el cobro de todos los montos adeudados por pagadores de terceros, incluidos, entre otros, los pagadores contratados y no contratados, los pagadores de indemnizaciones, las aseguradoras de automóviles y seguros del automóvil, y los pagadores del programa gubernamental que puedan ser financieramente responsables de la atención del paciente. BSCHS facturará de manera oportuna a todos los pagadores de terceros aplicables según la información proporcionada o verificada por el paciente o su representante.

Facturación a garantes

Se utiliza una declaración y una serie de cartas para informar al garante del saldo de su cuenta. Cada declaración y cada carta contienen información sobre métodos de pago, asistencia financiera y un número de contacto en caso de que tenga alguna pregunta.

1. Facturación a pacientes asegurados: Los hospitales deben facturar de inmediato al garante el monto computado por la explicación de los beneficios (EOB) o según lo indique el pagador de terceros.
2. Facturación a pacientes no asegurados: Los hospitales deben facturar de inmediato al garante el monto adeudado.

Ciclo de facturación

El ciclo de facturación de BSCHS comienza a partir de la fecha de la primera declaración y finaliza 120 días después de dicha fecha. Durante el ciclo de facturación, los garantes pueden recibir llamadas, declaraciones y cartas. Además, el garante puede recibir llamadas durante todo el ciclo de facturación. A continuación, se incluye un cronograma de declaraciones y cartas:

1. Se envía una declaración al garante cuando se determina que el garante adeuda un saldo.
3. Se envía una carta de seguimiento 30 días después de la fecha de la declaración, en la que se le informa al garante que su cuenta está vencida.
4. Se envía una segunda carta 30 días después de la primera carta, en la que se le informa al garante que su cuenta está en mora.
5. Se envía una tercera y última carta 30 días después de la segunda carta, en la que se le informa al garante que su cuenta está en mora grave y que la cuenta puede derivarse a una agencia de cobranza.
6. Al 120.º día del ciclo de facturación la cuenta del garante se deriva a una agencia de cobranza.

Cada declaración y cada carta enviada durante nuestro ciclo de facturación contiene información sobre los métodos y las opciones de pago disponibles, el sitio web de asistencia financiera y un número de contacto para la atención al cliente.

Declaración detallada

Los garantes pueden solicitar una declaración detallada de su cuenta en cualquier momento.

Disputas

Cualquier garante puede disputar un elemento o un cargo detallado en su factura. Los garantes pueden iniciar una disputa por escrito o por teléfono con un representante de atención al cliente. Si un garante solicita documentación relacionada con su factura, los miembros del personal harán todos los esfuerzos razonables para proporcionar la documentación solicitada al garante dentro de los tres días hábiles.

Prácticas de cobro:

1. Prácticas generales de cobro: Sujeto a esta política, BSCHS puede emplear esfuerzos de cobro razonables para obtener el pago por parte de los garantes. Las actividades generales de cobro pueden incluir la emisión de declaraciones/cartas al garante, llamadas telefónicas y derivación de cuentas a socios comerciales extendidos tales como, entre otros, proveedores de precobro, de salida anticipada y de deudas incobrables.
2. Acciones de cobro extraordinarias: BSCHS y sus agencias de cobranza asociadas iniciarán una ECA mediante la presentación de informes a oficinas crediticias, pero solo una vez que se han hecho todos los esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para la FAP. El informe de un garante a la oficina crediticia por falta de pago de un monto adeudado no se realizará hasta los 60 días posteriores a la finalización del ciclo de facturación. Se le notificará al garante con 30 días de anticipación a la presentación de un informe a la oficina crediticia por parte de la agencia de cobranza asociada.
3. Ausencia de esfuerzos para obtener un pago: durante el proceso de solicitud de asistencia financiera: BSCHS y su agencia de cobranza asociada no solicitarán el cobro a aquellos garantes que hayan presentado una solicitud de asistencia financiera. Si se determina que el garante reúne los requisitos para la asistencia financiera completa y que ha realizado un pago, BSCHS le devolverá cualquier monto recibido del garante que exceda los \$5.00 durante el período de elegibilidad de los garantes. Si se determina que el garante reúne los requisitos para la asistencia financiera parcial, BSCHS le devolverá cualquier monto que exceda el monto que el garante es personalmente responsable de pagar. BSCHS no reembolsará al garante ningún monto inferior a los \$5.00.

1. Planes de pago

- a. Pacientes elegibles: BSCHS y cualquier agencia de cobranza que actúe en nombre de BSCHS ofrecerán a los garantes la opción de celebrar un acuerdo de plan de pago. El acuerdo de plan de pago permite al garante pagar un monto adeudado durante un período de tiempo específico.
- b. Términos del plan de pago:
 - Todos los planes de pago deben estar exentos de intereses.
 - Todos los pagos mensuales se basarán en un monto acordado.
 - El saldo en la cuenta deberá pagarse en su totalidad dentro del período acordado.
 - Los pagos vencen el día 15 de cada mes.

- c. Declaración de un plan de pagos en mora: Un plan de pago puede declararse en mora si el garante no ha realizado todos los pagos consecutivos. Si esto ocurre, el garante recibirá un aviso de mora. Dicho aviso se enviará por correo a la última dirección conocida del garante. Una vez que un plan de pago se declare en mora, tanto BSCHS como la agencia de cobranza pueden iniciar las actividades de cobranza de conformidad con esta política.
2. Agencias de cobranza. BSCHS puede derivar las cuentas de un garante a una agencia de cobranzas, sujeto a las siguientes condiciones:
 - a. La agencia de cobranza debe tener un acuerdo por escrito con BSCHS.
 - b. El acuerdo por escrito entre BSCHS y la agencia de cobranza debe estipular que la agencia de cobranza desempeñará sus funciones en conformidad con la misión, la visión, los valores fundamentales, los términos de la Política de asistencia financiera y esta Política de facturación y cobranza de BSCHS.
 - c. La agencia de cobranza debe aceptar notificar al garante 30 días antes del inicio de cualquier ECA y solo después de haber realizado los esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para la FAP.
 - d. BSCHS mantendrá la propiedad de la deuda (es decir, la deuda no se "venderá" a la agencia de cobranza).
 - e. La agencia de cobranza debe establecer procesos para identificar a aquellos garantes que puedan calificar para recibir asistencia financiera. La agencia de cobranza debe comunicar sobre la disponibilidad del Programa de asistencia financiera y derivar a los garantes que buscan asistencia financiera al Departamento de Atención al Cliente de BSCHS. La agencia de cobranza no solicitará el cobro a aquellos garantes que hayan presentado una solicitud de asistencia financiera.
 - f. Deben transcurrir al menos 120 días desde el envío por parte de BSCHS de la factura inicial al garante de la cuenta.
 - g. El garante no deberá negociar un plan de pago ni estar en un plan de pago.
3. Criterios para la agencia de cobranza primaria: una vez que una cuenta se derive a la agencia de cobranza primaria, pasarán por su proceso interno en busca de seguros y direcciones activas y de verificación telefónica, así como un proceso de envío de correo. Asimismo, se pueden realizar informes de crédito y búsquedas de activos. Al finalizar este proceso, se realizarán los siguientes esfuerzos de cobro:
 - a. Se enviará al menos una carta.
 - b. Se hará al menos una llamada telefónica.
 - c. Las cuentas de pacientes fallecidos y en bancarrota serán derivadas inmediatamente.
 - d. Las cuentas cuya correspondencia haya sido devuelta o que no tengan un número de teléfono serán derivadas.
 - e. Las cuentas en procesos activos de cobro con la agencia de cobranza por un período de 180 días a partir de la fecha de referencia serán cerradas y derivadas por BSCHS.

APROBADO POR

 Director del sistema, Contabilidad General del Paciente
 Bon Secours Charity Health System
 Miembro de Westchester Medical Center Health Network

 Fecha

 Vicepresidente, Ciclo de ganancias
 Bon Secours Charity Health System
 Miembro de Westchester Medical Center Health Network

 Fecha

 Vicepresidente ejecutivo, Planificación Financiera
 y Atención Administrada
 Westchester Medical Center
 Westchester Medical Center Health Network

 Fecha

HISTORIAL DE POLÍTICAS

Política original de Bon Secours Community Hospital
Política original de Good Samaritan Hospital
Política original de St. Anthony's Community Hospital

FECHAS DE APROBACIÓN:

05/16 - D		
1/17 - C		
10/17 - C		
11/17 - R		

MM/AA. "D" significa "desarrollado", "C" significa "cambiado", "R" significa "revisado".