

**ST. JOHN'S RIVERSIDE HOSPITAL
ANDRUS, DOBBS FERRY & PARK CARE PAVILIONS
POLÍTICA DE CRÉDITO Y COBRO**

MODIFICADO: 1/2020, 4/2020, 3/05/21, 3/22, 01/23, 10/2024, 12/2025

REVISADO: 8/2026

Política. St. John's Riverside Hospital tiene por política remitir todas las cuentas de pago particular a agencias externas para continuar con las gestiones de cobro si, después de aplicar nuestro proceso de cobro para este tipo de cuentas, no se logra resolver el saldo ni determinar si corresponde otorgar ayuda económica o brindar atención de caridad por determinación presunta.

Objetivo: esta política establece los procedimientos de cobro tanto para pacientes asegurados como para pacientes no asegurados, incluidos los copagos, coseguros y deducibles antes, durante y después de la prestación de los servicios. St. John's Riverside Hospital se compromete a informar a los pacientes sobre sus responsabilidades financieras y las opciones de ayuda económica disponibles. Todos los pacientes recibirán un trato digno, respetuoso y compasivo durante el proceso de cobro.

Propósito: Como parte de nuestro compromiso con el bienestar financiero de todos los pacientes, damos prioridad a resolver oportunamente los saldos de las cuentas de pago particular, tanto de pacientes asegurados como no asegurados, incluidos aquellos con seguro insuficiente. Nuestro objetivo es resolver estos saldos antes de que entren en mora o se remitan a agencias de cobro externas. Para apoyar a los pacientes que atraviesan dificultades financieras, procuramos identificar sus necesidades y ofrecerles ayuda mediante diversas opciones, incluidos planes de pago y atención de caridad para aquellos que sean considerados elegibles. Si desea obtener información detallada sobre las opciones de ayuda económica disponibles, le recomendamos consultar nuestra política de ayuda económica.

PROCEDIMIENTO: Los pasos I a III describen el proceso de envío de los estados de cuenta. Una vez que se cumplan los criterios que se indican a continuación, los estados de cuenta se remitirán a una agencia externa.

I. CUENTAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS Y AMBULATORIOS DE PAGO PARTICULAR: El ciclo de estados de cuenta que se incluye a continuación utilizará los datos más actualizados disponibles en Meditech, nuestro sistema de expedientes médicos electrónicos (Electronic Health Record, EHR).

- (A) Una vez que la cuenta quede facturada de forma definitiva en nuestro sistema de EHR, comenzará el siguiente ciclo de estados de cuenta:
- (B) 1.º estado de cuenta: 5 días después de la facturación final.
- (C) 2.º estado de cuenta: 35 días después del 1.º estado de cuenta.

- (D) 3.º estado de cuenta: 35 días después del 2.º estado de cuenta.
- (E) 4.º estado de cuenta: 35 días después del 3.º estado de cuenta.
- (F) 5.º estado de cuenta: 35 días después del 4.º estado de cuenta.
- (G) 35 días después del 5.º estado de cuenta. Cuando la cuenta tenga aproximadamente 180 días de antigüedad, se remitirá a una agencia de cobro externa.

II. CUENTAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS Y AMBULATORIOS ASEGURADOS: Responsabilidad económica del paciente después de procesar las reclamaciones:

- (A) Una vez que se hayan procesado todas las reclamaciones al seguro y se haya determinado la responsabilidad del paciente, comenzará el siguiente ciclo de estados de cuenta:
- (B) 1.º estado de cuenta: 36 días después de que todas las compañías de seguros hayan procesado correctamente las reclamaciones.
- (C) 2.º estado de cuenta: 36 días después del 1.º estado de cuenta.
- (D) 3.º estado de cuenta: 36 días después del 2.º estado de cuenta.
- (E) 4.º estado de cuenta: 36 días después del 3.º estado de cuenta.
- (F) 36 días después del 4.º estado de cuenta. Cuando la cuenta tenga aproximadamente 180 días de antigüedad, se remitirá a una agencia de cobro externa.
- (G) Las cuentas de Medicare se incluirán en el Registro de Deudas Incobrables para efectos de los informes correspondientes.
- (H) Solo Medicare: Las cuentas se transferirán a deudas incobrables después de emitir tres o más estados de cuenta, incluido el aviso previo al cobro identificado en el 4.º estado de cuenta. Este proceso entrará en vigor una vez transcurrido un período mínimo de 120 días a partir de la emisión del primer estado de cuenta.

III. Los siguientes criterios se aplican a los montos correspondientes a deducibles y coseguros del programa Medicare:

(A) **CUENTAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS Y
AMBULATORIOS**

1. Las cuentas de Medicare se incluyen en el Registro de Deudas Incobrables.
2. Las cuentas de Medicare no se someten a procesos legales; únicamente se remiten a agencias de cobro.
3. Todas las deudas incobrables de Medicare se registran y se mantienen en un registro aparte, que se entrega al Departamento de Contabilidad al finalizar el año.
4. Consulte la sección II-G-H para conocer los criterios aplicables a las deudas incobrables de Medicare.

Una vez transcurrido el período inicial de 180 días, las cuentas que no hayan sido evaluadas para determinar si reúnen los requisitos para recibir ayuda económica se remitirán a una agencia externa. Los pacientes dispondrán de 60 días adicionales para presentar sus solicitudes de ayuda económica. Es fundamental que las agencias de cobro que trabajan con el hospital cumplan con las directrices establecidas en la política de ayuda económica del hospital. Además, estas agencias deben dar a los pacientes tiempo suficiente para solicitar ayuda económica, incluso cuando sus cuentas hayan sido remitidas a una agencia de cobro. Es prioritario garantizar que los pacientes tengan acceso a los recursos necesarios durante este proceso, a fin de promover un trato justo y brindar apoyo a quienes lo necesiten.

CRITERIOS PARA LOS PLANES DE PAGO: El siguiente acuerdo de pago está diseñado específicamente para pacientes que no reciben atención de caridad. Si un paciente tiene dificultades para pagar su factura, tiene la opción de solicitar un plan de pago antes de que la cuenta se remita a una agencia de cobro externa. Somos conscientes de que las situaciones económicas pueden variar, por lo que invitamos a los pacientes que necesiten ayuda a comunicarse con nuestra oficina comercial. Nuestro personal está disponible para analizar cada situación y establecer planes de pago adicionales que se adapten a las circunstancias de cada paciente.

SALDO ADEUDADO

MESES PARA PAGAR

MENOS DE \$100	De 1 a 3
DE \$100.00 A \$300.00	De 3 a 4
DE \$300.00 A \$500.00	De 4 a 6
DE \$500.00 A \$800.00	De 6 a 8
DE \$800.00 A \$1,500.00	De 8 a 12
DE \$1,500.00 A \$2,500.00	De 12 a 16
DE \$2,500.00 A \$4,000.00	De 16 a 20
MÁS DE \$4,000.00	De 20 a 24

La principal agencia de cobro opera según las siguientes directrices generales:

1. Se mantiene el contacto telefónico y por escrito con el paciente.

- 2. Las cuentas permanecen en poder de la agencia principal durante seis meses.**
- 3. Toda la correspondencia y las comunicaciones, tanto escritas como verbales, se documentan en el sistema de la agencia externa. La agencia proporcionará al hospital, previa solicitud, toda la documentación de las comunicaciones registradas.**
- 4. Al finalizar el período de seis meses, si no se ha recibido el pago ni se ha acordado un plan de pago adecuado para cubrir los saldos pendientes, la cuenta se devolverá al hospital para realizar los ajustes correspondientes o continuar con las gestiones de cobro.**

El estado de New York limita los gravámenes sobre bienes y las sentencias de pago por deudas médicas

La gobernadora de New York, Kathy Hochul, promulgó recientemente la ley A.7363-A/S.8903-A, que modifica la Ley de Práctica Civil y Normas Procesales (Civil Practice Law and Rules) para prohibir que los hospitales comprendidos en el Artículo 28 y los proveedores de atención médica autorizados conforme al Artículo 8 de la Ley de Educación impongan gravámenes sobre la residencia principal de un deudor. Asimismo, prohíbe que dichos proveedores embarguen salarios en virtud de sentencias relacionadas con deudas médicas.

La gobernadora promulgó el proyecto de ley el 23 de noviembre de 2022, con entrada en vigor inmediata. Las entidades que tengan preguntas sobre cómo implementar estos cambios en sus prácticas de cobro deben consultar con un abogado.

ANEXO I

- 1. Las cuentas de pacientes hospitalizados y ambulatorios con pagos parciales se incluyen en el sistema de pagos por contrato.**
- 2. Las cuentas de pago particular se han remitido a una agencia de cobro externa para realizar las llamadas telefónicas necesarias y gestionar otros acuerdos según sea necesario.**
- 3. Si el paciente o garante notifica por escrito que no tiene intención de pagar el saldo de su cuenta, esta se remitirá a una agencia de cobro externa, independientemente de la antigüedad de la cuenta o de los criterios establecidos. Esta situación quedará documentada en la cuenta del paciente. La única excepción son las cuentas de Medicare, que no se remitirán a cobro hasta que hayan transcurrido 120 días.**
- 4. Si la correspondencia enviada al paciente es devuelta o no es posible contactarlo por teléfono o correo, la cuenta se remitirá a una agencia de cobro externa, independientemente de su antigüedad o de los criterios establecidos. Esta situación deberá documentarse en la cuenta del paciente. La excepción son las cuentas de Medicare que no se remitirán a cobro hasta que hayan transcurrido, al menos, 120 días.**
- 5. Los pacientes de Servicios de Salud Conductual (Behavioral Health Services, BHS) podrán quedar exentos del pago de tarifas previa aprobación del personal administrativo de BHS, según su determinación de la necesidad médica.**
- 6. Beneficiarios elegibles del programa Ryan White: A ningún paciente del programa Ryan White sobre el VIH/SIDA (RWHAP) se le negará la atención por no poder pagar. La Administración de Servicios y Recursos de Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA) establece que la ley que rige el programa RWHAP no exige remitir a las agencias de cobro de deudas las cuentas de los pacientes que no efectúen sus pagos.**
- 7. Los copagos de Medicaid se cancelarán tras recibir tres estados de cuenta.**
- 8. Todas las cuentas elegibles se remitirán a una agencia de cobro externa una vez completado el ciclo de 180 días, salvo excepciones.**
- 9. Las agencias disponen de aproximadamente seis meses para llevar a cabo las gestiones de cobro. Si al término de seis meses no se ha logrado resolver la situación, las cuentas se devolverán al hospital como cuentas cerradas. Posteriormente, el hospital determinará si las cuentas son cobrables conforme a los criterios establecidos o decidirá remitirlas a una agencia de cobro secundaria antes de considerarlas incobrables.**
- 10. Pacientes no asegurados: Los pacientes que no reúnen los requisitos para nuestro Programa Uniforme de Atención de Caridad pueden acceder a un precio con descuento si pagan en efectivo. Consulte nuestra política del Programa de Ayuda Económica y Atención de Caridad.**

De conformidad con la sección 2807-k de la Ley de Salud Pública del Estado de New York, se realizaron las siguientes actualizaciones a nuestra Política de Crédito y Cobro, así como a nuestra Política de Atención de Caridad.

Además, se han actualizado las medidas de protección de los consumidores al momento de pagar por servicios médicos, tanto en la Ley de Salud Pública (S 18C) como en la Ley General de Empresas de New York (S 349-Gand 519-A). Estas medidas se aplican a todos los pacientes, independientemente de que sean elegibles o no para recibir ayuda económica.

Con vigencia a partir del 10/20/2024, se revisó el siguiente resumen de cambios con el fin de cumplir con las directrices proporcionadas por el Departamento de Salud del Estado de New York (New York State Department of Health, NYSDOH). Todos los servicios prestados a partir de esta fecha estarán sujetos a los cambios establecidos. Para obtener información detallada sobre estos cambios, consulte nuestra política de ayuda económica.

- a. No se les puede negar a los pacientes la admisión ni los servicios o tratamientos por una factura médica impaga.
- b. El hospital deberá utilizar la solicitud uniforme de ayuda económica.
- c. Se informará a los pacientes por escrito sobre la disponibilidad de ayuda económica durante el proceso de admisión y registro, y al momento del alta.
- d. Los pacientes pueden solicitar ayuda económica en cualquier momento, desde la fecha del servicio y durante todo el proceso de cobro.
- e. Los pacientes cuyos ingresos sean de hasta el 400 % del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL) son elegibles para recibir ayuda económica.
- f. La situación migratoria no deberá tomarse en cuenta para determinar si una persona cumple los requisitos para recibir ayuda económica.
- g. Tabla de descuentos basada en un porcentaje de la tarifa de Medicaid.
- h. Los planes de pago mensuales para las facturas médicas del paciente no podrán superar el 5 % de los ingresos del paciente.
- i. El hospital no podrá vender la deuda de un paciente a un tercero, a menos que dicho tercero condone la deuda.
- j. El hospital tiene prohibido iniciar acciones legales contra pacientes cuyos ingresos sean de hasta el 400 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL) para cobrar facturas médicas impagas.
- k. Para iniciar acciones legales contra un paciente, el director financiero del hospital deberá presentar una declaración firmada en la que certifique que el hospital ha determinado que los ingresos del paciente superan el 400 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL).

- l. El hospital establecerá tarifas de descuento según una escala variable basada en el nivel de ingresos del paciente, de conformidad con los rangos definidos en la Ley de Ayuda Económica Hospitalaria (Hospital Financial Assistance Law, HFAL) y las directrices del Departamento de Salud (Department of Health, DOH) sobre la HFAL.**
- m. Los hospitales no cobrarán una tarifa nominal por los servicios a los pacientes cuyos ingresos sean inferiores al 200 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL).**
- n. El hospital informará anualmente al Departamento de Salud (DOH) el número de solicitantes de ayuda económica.**
- o. Ningún hospital o proveedor de atención médica exigirá que se autorice previamente el uso de una tarjeta de crédito ni que el paciente deje registrada una tarjeta de crédito antes de que este reciba atención de emergencia o servicios médicos que se consideren necesarios.**
- p. En el caso de los pacientes elegibles para el Programa de Atención de Caridad del Hospital (Health Solution), el plan de pago establecido no podrá superar el 10 % de sus ingresos brutos mensuales antes de impuestos.**
- q. Los pacientes no podrán estar obligados a pagar una factura del hospital mientras se esté considerando su solicitud de ayuda económica, y pueden solicitar la ayuda económica en cualquier momento, incluso durante el proceso de cobro.**
- r. El hospital tiene prohibido vender a un tercero la deuda de un paciente, independientemente de su elegibilidad para recibir ayuda económica, a menos que el tercero tenga la intención de condonar toda la deuda y no lleve a cabo gestiones de cobro. El hospital será responsable de determinar si el comprador de una deuda la adquiere con el propósito expreso de condonarla.**
- s. Cada vez que un paciente utilice una tarjeta de crédito para pagar los servicios de atención médica, se le informará sobre los riesgos de hacerlo, entre ellos:**
 - i. Una vez pagadas con tarjeta de crédito, las facturas médicas dejan de considerarse deudas médicas.**
 - ii. Al pagar con una tarjeta de crédito, los pacientes renuncian a las protecciones federales y estatales aplicables a las deudas médicas.**
 - iii. Los pacientes deberán reconocer que renuncian a las siguientes protecciones:**
 - 1. La prohibición de embargar salarios o imponer gravámenes sobre bienes.**
 - 2. La prohibición de informar a las agencias de crédito sobre las deudas médicas.**
 - 3. Las limitaciones aplicables a las tasas de interés.**
 - iv. Los pacientes deberán reconocer expresamente que renuncian a estas protecciones al pagar con tarjeta de crédito.**