

St. John's Riverside Hospital

Manual de políticas y procedimientos

Asunto: Programa de Ayuda Económica y Atención de Caridad
Fecha de entrada en vigencia: 1.º DE ENERO DE 2007
Fechas de revisión: 4/1/2008; 2/15/10; 3/15/10, 10/12/12, 7/22/14,1/16, 10/16, 3/18, 3/19, 3/20, 3/21, 3/22, 1/23, 3/24, 10/24, 12/25, 01/2026

DECLARACIÓN DE LA MISIÓN

St. John's Riverside Hospital ("SJRH" o el "Hospital") se dedica a brindar atención médica y de enfermería integral de manera compasiva, profesional, respetuosa y ética a cada paciente, independientemente de su capacidad de pago. Para cumplir con esta misión, SJRH pone a disposición de todos sus pacientes un programa de ayuda económica para la atención médica llamado Health Solution (el "Programa de Atención de Caridad").

El Programa de Atención de Caridad está diseñado para brindar ayuda económica a los pacientes que no pueden pagar la totalidad o una parte de los gastos médicos generados en el Hospital y que cumplen con las pautas de elegibilidad del programa.

El Programa de Atención de Caridad se aplica a nuestros tres pabellones, los servicios de la sala de emergencias, nuestras clínicas externas y todos los demás servicios hospitalarios que se consideran médicamente necesarios. Ciertos servicios, como la cirugía estética, no tienen cobertura. Sin embargo, los servicios de urgencia o emergencia deben proporcionarse independientemente de la elegibilidad del paciente para el programa.

PROCEDIMIENTO

A. Requisitos de notificación

1. El Hospital colocará carteles para informar a los pacientes sobre la disponibilidad de los programas de ayuda económica en todas nuestras ubicaciones, como el área de admisiones para pacientes hospitalizados, los servicios ambulatorios, las áreas de registro de la sala de emergencias y las ubicaciones de caja, entre otras.
2. Se colocarán carteles tanto en inglés como en español.
3. La información sobre el programa Health Solution también aparecerá en las facturas y los estados de cuenta de los pacientes.
4. En el sitio web del Hospital, www.riversidehealth.org, y en todas las ubicaciones de registro y caja estará a disposición un resumen de la ayuda económica. También estará impreso en inglés y español (consulte los Apéndices A1 y A2).
5. La notificación de la ayuda económica se hará por escrito en el momento de la admisión, el registro y el proceso de alta.

6. El personal de Admisiones, Registro, Facturación y Cobro también asesorará y explicará a los pacientes sobre la disponibilidad del programa Health Solution para los pacientes de pago por cuenta propia y aquellos que pregunten sobre el programa o expresen dificultades para pagar una factura.
7. Para obtener información adicional o hacer preguntas sobre cómo solicitar la ayuda económica o copias de la política pertinente, comuníquese con nuestro asesor financiero al 914-964-7799 o al 914-964-7535. Los asesores de ayuda económica se encuentran en Park Care Pavilion, 2 Park Ave, Yonkers, NY 10701.
8. Hay servicios de traducción disponibles para ayudar a los pacientes que requieran comunicación en otro idioma.
9. La política de ayuda económica del Hospital sigue las pautas de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA).

B. Servicios cubiertos y exclusiones

Nota: No se les puede negar a los pacientes la admisión ni los servicios o tratamientos por una factura médica impaga.

1. Los siguientes servicios están cubiertos por el programa Health Solution y se proporcionarán independientemente de la elegibilidad del paciente para el programa:
 - i. Servicios de atención de emergencia.
 - ii. Servicios para pacientes hospitalizados que no sean de emergencia, de cirugía ambulatoria y para pacientes ambulatorios (incluidas las clínicas) que se consideren médicamente necesarios.
2. Los siguientes servicios están excluidos del programa Health Solution:
 - i. Procedimientos estéticos.
 - ii. Servicios de médicos.
3. Los pacientes no pueden solicitar ayuda económica para pagar facturas correspondientes a servicios que no sean proporcionados por el Hospital o por personas que sean empleados directos del Hospital. Por ejemplo, si un paciente recibe tratamiento de un médico que trabaja en el Hospital, pero que no es un empleado asalariado del Hospital, el médico puede facturar sus servicios por separado.

C. Áreas geográficas atendidas en virtud del programa Health Solution

1. Servicios de atención de emergencia: todos los residentes del estado de New York.
2. En el caso de los servicios para pacientes hospitalizados que no sean de emergencia, de cirugía ambulatoria y para pacientes ambulatorios (incluidas las clínicas) que se consideren médicamente necesarios, el área de servicio principal (Primary Service Area, PSA) del Hospital

incluye a todos los pacientes que residan en los siguientes condados: Westchester, Orange, Putnam, Rockland, Bronx, Manhattan (New York), Brooklyn (Kings) y Queens.

3. El Hospital puede, a su discreción y en consideración de circunstancias excepcionales, extender la ayuda económica para servicios médicamente necesarios que no sean de emergencia a pacientes que se encuentren fuera de su área de servicio principal.

D. Requisitos de elegibilidad

El Programa de Atención de Caridad del Hospital utiliza como factores principales los ingresos y la cantidad de integrantes de la familia al determinar la elegibilidad de los pacientes para obtener tarifas reducidas. Los ingresos, la cantidad de integrantes de la familia, los niveles federales de pobreza (Federal Poverty Levels, FPL) y los montos de la escala variable con descuento a los que se hace referencia en esta sección se muestran en el Apéndice B. La escala variable de descuentos del Hospital se basa en un porcentaje de la tarifa de Medicaid. Los descuentos se aplicarán utilizando la metodología retrospectiva de 12 meses.

1. Los pacientes no estarán 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.
2. El Hospital puede exigir que los pacientes primero soliciten Medicaid, el plan Essential u otros programas de seguro público (siempre que la situación migratoria no impida la elegibilidad de los pacientes para estos programas).
3. Las personas sin seguro con niveles documentados de ingresos y cantidad de integrantes de la familia que sean iguales o inferiores al 200 % del FPL tendrán derecho a un DESCUENTO del 100 % especificado en las pautas de pago nominal del estado (como se muestra abajo).
4. Si los cargos totales por los servicios prestados fueran inferiores al monto de las pautas de pago nominal o al descuento porcentual de la tarifa de los montos generalmente facturados (amount generally billed, AGB), el paciente solo será responsable del monto menor. Al aplicar un porcentaje de la tarifa de los AGB para establecer el descuento, será por los servicios específicos prestados.
5. Las personas sin seguro cuyos ingresos y cantidad de integrantes de la familia documentados se encuentren entre el 201 % y el 300 % de las pautas del FPL tendrán derecho a tarifas con descuento basadas en una escala variable para los servicios cubiertos, en la que los ingresos más bajos pagan el monto más bajo y luego aumentan en incrementos iguales hasta un máximo del 90 % de la tarifa por el servicio prestado.
6. Las personas sin seguro cuyos ingresos y cantidad de integrantes de la familia documentados se encuentren entre el 301 % y el 400 % de

las pautas del FPL tendrán derecho a tarifas con descuento basadas en una escala variable para los servicios cubiertos, en la que los ingresos más bajos pagan el monto más bajo y luego aumentan en incrementos iguales hasta un máximo del 80 % de la tarifa por el servicio prestado.

7. Las personas que califiquen para recibir ayuda económica en virtud del programa Health Solution pueden recibir tarifas con descuento adicionales debido a circunstancias extraordinarias, que serán revisadas y aprobadas por el director de Cuentas de Pacientes.
8. Se considera que los pacientes tienen un seguro insuficiente cuando sus gastos médicos pagados han excedido el 10 % de sus ingresos en los últimos 12 meses.
9. Las personas cuyos niveles de ingresos y cantidad de integrantes de la familia superan el 400 % del FPL y las personas con seguro pueden solicitar y calificar para recibir ayuda económica en ciertas circunstancias, que serán revisadas caso por caso y aprobadas por el director de Cuentas de Pacientes. Algunas de estas circunstancias pueden incluir, entre otras, las siguientes:
 - i. Personas aseguradas que no pueden cumplir con las obligaciones financieras de sus pólizas (es decir, deducibles, copagos, coseguros, etc.). Los pacientes deben proporcionar documentación que demuestre que han gastado el 10 % de sus ingresos brutos en facturas médicas en los últimos 12 meses.
 - ii. Personas que no pueden cumplir con sus obligaciones financieras debido a los costos extraordinariamente altos del servicio.
 - iii. Condiciones documentadas por el personal médico del Hospital que merecen una consideración especial.
10. No se exige un depósito antes del prestar el servicio, pero se puede conversar posteriormente.
11. Hay planes de cuotas disponibles para los pacientes que no pueden pagar la tarifa reducida de una sola vez. Los pagos mensuales no pueden exceder el 5 % de los ingresos brutos mensuales.
12. La tarifa variable de los pacientes recurrentes, es decir, aquellos que reciben servicios durante tres o más días consecutivos, puede reducirse cuando se reciba y revise la documentación de necesidad médica.
13. Todos los saldos de los pacientes de pago por cuenta propia están sujetos a un recargo adicional del 9.63 % del estado de New York que se agrega al monto adeudado.
14. Las personas que no califiquen para la ayuda económica pueden recibir un descuento del 15 % sobre el saldo adeudado.

E. Limitación de los cargos

El Hospital utiliza el método de MEDICAID para calcular el monto generalmente facturado. El AGB del Hospital se debe determinar a partir del total de los cargos de Medicaid dentro de un período de 12 meses. Las tarifas

de ayuda económica y el AGB se deben auditar semestralmente. El supervisor de crédito y cobro realiza auditorías semestrales de casos aleatorios. Utilización de un mínimo del 5 % de las solicitudes presentadas al Hospital.

Los cargos individuales elegibles para el Programa de Ayuda Económica (Financial Assistance Program, FAP) deben ser:

1. Inferiores a los montos generalmente facturados (AGB) por toda la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria proporcionada.
2. Inferiores a los cargos brutos correspondientes a otros servicios de atención médica cubiertos por el FAP.

F. Proceso de selección de solicitudes y requisitos de documentación

1. Los pacientes sin seguro que ganan hasta el 400 % del FPL y los pacientes con seguro insuficiente que ganan hasta el 400 % del FPL son elegibles para solicitar ayuda económica.
2. El uso de la solicitud uniforme de ayuda económica es obligatorio para todos los hospitales (independientemente de la participación en la atención a indigentes).
3. Todas las personas interesadas pueden solicitar ayuda económica en virtud del programa Health Solution completando la solicitud (consulte los Apéndices C1 y C2 para las versiones en inglés y español, respectivamente). Las solicitudes están disponibles en todas las áreas de registro y admisión, y en la Unidad de Ayuda Económica del Departamento de Cuentas de Pacientes.
4. Las solicitudes se pueden presentar en cualquier momento hasta la finalización del proceso de cobro.
5. El asesor financiero del Hospital aceptará las solicitudes del FAP presentadas durante un “período de solicitud” más extenso que finaliza el día 240 a partir de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta del Hospital.
6. Se evaluará a todos los pacientes para determinar si cuentan con seguro de terceros. Si no hay cobertura de seguro, el asesor financiero determinará si el paciente es potencialmente elegible para Medicaid o Family Health Plus.
7. Es posible que se pida a los solicitantes que intenten obtener cobertura de Medicaid u otro programa gubernamental o de subvenciones pertinente. La Unidad de Ayuda Económica asistirá en el proceso de solicitud de Medicaid.
6. Los pacientes deben documentar sus ingresos presentando documentación de respaldo, por ejemplo:
 - i. Documentos para acreditar ingresos (de una persona responsable, si corresponde).
 - ii. Dos recibos de pago actuales o una carta del empleador en papel con membrete de la compañía.
 - iii. Carta del Departamento de Trabajo sobre el desempleo.
 - iv. Carta o declaración de adjudicación del Seguro Social.

- v. Es posible que se requiera otra documentación para verificar los ingresos: trabajo por cuenta propia, anualidades, ingresos por desempleo, compensación laboral, beneficios para veteranos, pago militar, intereses, dividendos, regalías, otros ingresos (p. ej., de alquileres, contribuciones de otros miembros de la familia, etc.).
 - vi. Las decisiones se basan únicamente en los ingresos anuales. No se tienen en cuenta los activos.
7. Los pacientes deben documentar su identidad y la cantidad de integrantes de la familia presentando documentación de respaldo, por ejemplo:
- i. Certificados de nacimiento
 - ii. Certificados de bautismo (u otros certificados religiosos)
 - iii. Certificados de matrimonio
 - iv. Registros escolares oficiales
 - v. Certificado de naturalización
 - vi. Pasaporte
 - vii. Certificados de defunción (donde se puede indicar un cambio en la cantidad de integrantes de la familia, o para documentar ciertos gastos funerarios)
8. Los pacientes deben documentar su residencia (domicilio) presentando documentación de respaldo, por ejemplo:
- i. Tarjeta de identificación con dirección
 - ii. Sobres con matasellos, postales o etiquetas de revistas con el nombre y la fecha
 - iii. Licencia de conducir emitida en los últimos seis meses
 - iv. Factura de servicios públicos o correspondencia de una agencia gubernamental que contenga el nombre y la dirección
 - v. Carta, contrato de arrendamiento o recibo de alquiler del arrendador donde figure el domicilio
 - vi. Registros del impuesto sobre la propiedad o estado de cuenta de la hipoteca

G. Determinaciones y procesos de apelación

1. Las solicitudes de los pacientes de ayuda económica se denegarán si:
 - i. La información proporcionada por el paciente o su representante es falsa.
 - ii. El paciente o la parte responsable se niegan a cooperar con los términos del programa Health Solution.
 - iii. El paciente o la parte responsable se niegan a solicitar o cooperar con el procesamiento de la solicitud de un programa de seguro gubernamental.
2. Los asesores financieros revisarán todas las solicitudes y la documentación de respaldo para comprobar que estén completas, y se comunicarán con los pacientes si faltan solicitudes o si están

- incompletas. Se aprobarán las solicitudes completas que cumplan con las pautas requeridas.
3. Todas las determinaciones deben hacerse en el plazo de 30 días a partir de la fecha de recepción de las solicitudes completas.
 4. Se enviarán cartas de aprobación a los pacientes junto con una tarjeta de identificación de Health Solution. Las aprobaciones tendrán una validez de un año, y la recertificación conforme al programa debe realizarse anualmente.
 5. Para todas las aprobaciones se ingresarán identificadores únicos en el sistema de Cuentas de Pacientes de Meditech que aplicarán el descuento correspondiente a la cuenta del paciente de manera automática.
 6. En todas las denegaciones se enviarán cartas a los pacientes informándoles la decisión y el motivo de la denegación.
 7. Se les informará a los pacientes que pueden apelar las decisiones de denegación enviando una carta al supervisor de la Unidad de Ayuda Económica en la que soliciten una reconsideración.
 8. El gerente de la Unidad de Ayuda Económica resolverá las apelaciones para reconsideración de las denegaciones en el plazo de 10 días hábiles a partir de la recepción y notificará a los pacientes por escrito la determinación de la reconsideración.
 9. A los pacientes cuyas apelaciones no sean anuladas se les informará que pueden enviar una carta de apelación adicional a un comité compuesto por el gerente de la Unidad de Ayuda Económica, el director del ciclo de ingresos y el director financiero.
 10. Este comité emitirá su estado de determinación final a los pacientes con respecto a la solicitud de ayuda económica.
 11. Se les informará a los pacientes que pueden comunicarse con la línea directa de quejas del Departamento de Salud del estado de New York al 800-804-5447 si consideran que no pueden resolver sus problemas con el Hospital.

H. Prácticas de cobro

1. Los pacientes pueden solicitar ayuda económica en cualquier momento, incluso durante el proceso de cobro.
2. Los pacientes elegibles para recibir ayuda económica en virtud del programa Health Solution tendrán sus cuentas abiertas ajustadas al monto adeudado en función del nivel de ayuda que reciben, para que las facturas y los estados de cuenta reflejen el monto adeudado con descuento. Se espera que los pacientes paguen el monto ajustado adeudado.
3. A los pacientes que no puedan pagar el monto ajustado adeudado se les ofrecerán planes de pago.
4. Los planes de pago no requerirán que el paciente pague más del 5 % de sus ingresos brutos mensuales en concepto de cuotas mensuales.

5. El Hospital no le cobrará a un paciente que se haya determinado que es elegible para Medicaid o que sea elegible para Medicaid en el momento de la prestación de los servicios.
6. Si un paciente o parte responsable no cumple con sus obligaciones de pago o con los términos de un acuerdo financiero, la cuenta en cuestión se considerará morosa y, después de 180 días, puede remitirse a una agencia de cobranzas según la política de cobro del Hospital.
7. El Hospital no enviará una cuenta a cobro si el paciente ha presentado una solicitud de ayuda económica completa, incluida la documentación de respaldo requerida, mientras el Hospital determina la elegibilidad del paciente para dicha ayuda, o durante el proceso en el que el paciente ha apelado una determinación de elegibilidad.
8. El Hospital revisará todas las cuentas que se determine que deben remitirse a una agencia de cobro externa para asegurarse de que se hayan seguido sus procedimientos y su política de ayuda económica.
9. El Hospital proporcionará una notificación por escrito y un aviso en la factura del paciente al menos 30 días antes de remitir la cuenta a una agencia de cobro externa.
10. El Hospital enviará a cada una de las agencias de cobro una copia de sus procedimientos y su política de ayuda económica y les ordenará que sigan estos procedimientos al indicar a los pacientes cómo solicitar dicha ayuda.
11. Las agencias de cobro deben obtener el consentimiento por escrito del Hospital antes de iniciar una acción legal sobre la cuenta de un paciente. El Hospital no iniciará demandas contra pacientes con ingresos inferiores al 400 % del nivel federal de pobreza.
12. El Hospital no permitirá la venta forzada ni la ejecución hipotecaria de la residencia principal de un paciente para cobrar una factura médica pendiente.
13. El Hospital no participará en acciones de cobro extraordinarias antes de hacer un esfuerzo razonable para determinar si un paciente es elegible para recibir ayuda económica conforme a esta política. La actividad de cobro se llevará a cabo en virtud de una política de facturación y cobro independiente.

I. Política de atención de emergencia

1. La política del Hospital es proporcionar atención de emergencia para estabilizar a los pacientes, independientemente de su capacidad de pago. Después de la evaluación médica, se debe revisar y aprobar a los pacientes que no requieren atención de

emergencia y requieren atención de caridad antes de brindar servicios adicionales.

2. El Hospital ha asumido el compromiso de respetar las diversas leyes federales y estatales que impiden que el personal del Hospital no brinde atención médica a una persona por motivos de raza, sexo, edad, religión, origen nacional, situación migratoria, estado civil, orientación sexual, discapacidades, servicio militar o cualquier otra clasificación protegida por las leyes federales, estatales o locales.

J. Requisitos administrativos y de presentación de informes

1. El Hospital informará anualmente al Departamento de Salud la cantidad de personas que han solicitado ayuda económica, incluida su edad, género, raza, origen étnico y estado con respecto al seguro (datos totales).
2. El Hospital revisará esta política y sus procedimientos de forma periódica para garantizar su conformidad con las normativas vigentes.
3. Se mantendrán e informarán a la administración estadísticas sobre las solicitudes de los pacientes, las aprobaciones y el alcance de la ayuda económica proporcionada en virtud de este programa.
4. Se proporcionarán datos para completar el Anexo 50 del Informe de costos del estado de New York con respecto a los informes de atención de caridad del Hospital.
5. El Hospital brindará capacitación al personal de Facturación y Cobro y de Admisión y Registro que deberá estar más familiarizado con el Programa de Ayuda Económica y Atención de Caridad.
6. El Hospital también proporcionará información general de concientización sobre el programa Health Solution a nivel de todo el sistema.
7. Cada tres años se completará la Evaluación de las necesidades de salud de la comunidad (Community Health Needs Assessment, CHNA).

El personal del Hospital defenderá la confidencialidad y la dignidad individual de cada paciente. El Hospital cumplirá con todas las demás leyes, reglas y normativas federales, estatales y locales que puedan aplicarse a las actividades realizadas de acuerdo con esto.

Anexo 1. Los siguientes servicios de médicos están excluidos del programa Health Solution:
Grupos basados en el hospital:

- **Anesthesiology North Shore** –LIJ Anesthesiology, 480 Bedford Road, Suite 4202, Chappaqua, NY 10514 // Teléfono: 914-666-8866; fax: 914-666-6777
- **Medicina de emergencia** : Dobbs Ferry Emergency Medicine, 35 S. Washington Ave., Dobbs Ferry 10514 // Teléfono: 914-559-1022; fax: 914-559-1191
- **Patología**: Orange Pathology Associates; dirección postal comercial: P.O. Box 911, Ramsey, NJ 07466 // Teléfono: 201-661-7280; fax: 201-661-7297
- **Radiología**: White Plains Radiology, 122 Maple Avenue, White Plains, NY 10601 // Teléfono: 914-681-1219; fax: 914-681-2906
- **Hospitalista**: Symphony Medical Group, 967 North Broadway, Yonkers, NY 10701 // Teléfono: 914-798-8956; fax: 914-798-8955
- **Intensivista**: Rajendra Rampersaud, MD, 970 North Broadway, Yonkers, NY 10701 // Teléfono: 914-965-3366
- **Intensivista**: Richard Wu, MD, 970 North Broadway, Yonkers, NY 10701 // Teléfono: 914-968-1611

St. John's Medical Group:

- **Medicina interna: Boyce Thompson, 1088 North Broadway, Yonkers, NY 10701**
 - o Ana Androne, MD
 - o Klaudia Nowakiwskyj, MD
- **Medicina interna: 128 Ashford Avenue, Dobbs Ferry, NY 10522**
 - o Louis Androne, MD
 - o Ashok Chopra, MD
 - o Robert DeMatteo, MD
- **Medicina familiar: Boyce Thompson, 1088 North Broadway, Yonkers, NY 10701**
 - o Thomas Apuzzo, MD
 - o Kiranpriti Kaur, MD
- **Medicina familiar: 128 Ashford Avenue, Dobbs Ferry, NY 10522**
 - o Stere Carniciu, MD
- **Nefrología/Gastroenterología: Boyce Thompson, 1088 North Broadway, Yonkers, NY 10701**
 - o Michael DiGiorno, DO
 - o Mark Kozicky, MD
 - o Christopher DiGiorno, DO
 - o Maria Lufrano, DO
 - o Orest Kozicky
- **Nefrología/Gastroenterología: 141 South Central Park Avenue, Suite 301, Hartsdale, NY 10530**
 - o Marlene Galizi, MD
 - o Ghassan P Sayegh, DO
- **Manejo intervencionista del dolor: 1022 North Broadway, Yonkers, NY 10701**
 - o Stephen Erosa, DO
- **Podología: 1088 North Broadway, Yonkers, NY 10701**
 - o Dean Spellman, DPM

- **Podología: 128 Ashford Avenue, Dobbs Ferry, NY 10522**
 - o Lester Dennis, DPM
- **Podología:**
 - o Mario Voloshin, DPM
- **Endocrinología: Boyce Thompson, 1088 North Broadway, Yonkers, NY 10701**
 - o Lawrence Neshiwat, MD