

COMMUNITY MEMORIAL HOSPITAL	
Administrativo	
ASUNTO: Política de asistencia financiera (FAP)	PÁGINA 1 de 10
FORMULÓ:	REVISÓ:
FECHA DE EXPEDICIÓN: 01/01/2007	REVISADA: 4/11, 12/13, 1/16, 3/17, 9/17,4/18, 3/19, 7/20, 6/21, 7/22

POLÍTICA: Community Memorial Hospital (CMH) proporciona atención de emergencia y servicios médicamente necesarios sin importar la capacidad de pago del paciente. Los pacientes elegibles disponen de asistencia financiera que les ayuda a sufragar los costos de esos servicios. CMH ofrece ayuda a través de su programa de asistencia financiera (FAP) a pacientes que no tengan seguro, que tengan seguro insuficiente (es decir, aquellos que hubieran agotado los beneficios de su seguro médico) y a quienes puedan demostrar que no pueden pagar sus servicios de atención médica. Los pacientes elegibles también disponen de asistencia financiera para reducir el costo de deducibles, coaseguros y copagos. La asistencia financiera está disponible para aquellos pacientes que satisfagan los requerimientos, residan en el estado de Nueva York y cuyo ingreso doméstico no exceda el 375% de los más recientes lineamientos federales de pobreza (FPG). El FPG más reciente se anexa a esta política como Anexo 1. Esta política se aplica a todos los pacientes elegibles que residan en el estado de Nueva York.

Esta política cubre los siguientes servicios médicamente necesarios:

- Servicios como paciente hospitalizado
- Atención de emergencia, incluyendo traslados de emergencia de conformidad con la Ley de tratamiento y trabajo médico de emergencia (EMTALA).
- Cirugía ambulatoria
- Servicios a pacientes externos, incluyendo consultas con el médico de atención primaria radicado en el hospital.

Nota: La FAP no está disponible para servicios de transición ni para servicios que no sean médicamente necesarios.

Aviso al paciente

A todos los pacientes se les notifica de nuestro programa de asistencia financiera durante el proceso de admisión y registro, así como mediante letreros muy visibles colocados por todo el departamento de emergencias y en el área de registro. La solicitud de asistencia financiera está disponible al momento de registro y a los pacientes se les ofrece una forma en papel y resumida de la FAP. En todos los estados de cuenta aparece la declaración de que los pacientes calificados podrían disponer de asistencia financiera así como la forma de obtener más información acerca de la FAP.

Además, esta política, la solicitud de ayuda financiera y el resumen de la FAP se encuentran en el sitio Web del CMH en: <https://communitymemorial.org/patient-visitor-info/financial-assistance/>. Y todos los pacientes pueden disponer de copias en papel solicitándolas por correo sin cargo, así como en el departamento de emergencia y en el área de registro.

COMMUNITY MEMORIAL HOSPITAL	
Administrativo	
ASUNTO: Política de asistencia financiera	Página 2 de 7
FORMULÓ:	REVISÓ:
FECHA DE EXPEDICIÓN: 01/01/2007	REVISADA: 4/2011, 12/2013, 1/2016, 3/2017, 9/2017, 4/2018, 3/2019, 7/2020, 6/2021

DEFINICIONES

“**Atención de emergencia**” significa aquellos servicios que se prestan en el departamento de emergencias del CMH.

“**Medicamento necesarios**” significa aquellos servicios que son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar padecimientos que causen sufrimiento agudo, pongan en peligro la vida o causen enfermedades o dolencias.

“**Hogar**” se refiere al número de familiares y personas que habitan la misma casa y que están identificados como dependientes.

“**Ingreso**” se define como la percepción monetaria y los beneficios en efectivo de todas las fuentes antes de impuesto, tanto del paciente como de cualquier persona de su hogar tal como aquí se define. El ingreso abarca salarios, intereses, dividendos, rentas, pensiones, seguro social, beneficios de veterano, beneficios de desempleo, compensación de trabajadores (Worker's Compensation), discapacidad, manutención de menores, pensión alimenticia y cualquier otro tipo de ganancia que pudiera devengar el paciente o cualquier persona de su hogar tal como aquí se define.

“**Lineamientos federales de pobreza**” o “**FPG**” son una medida del nivel de ingresos expedida cada año por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Estos lineamientos generalmente sirven para determinar la elegibilidad financiera para ciertos programas.

“**Montos generalmente facturados**” o “**AGB**” significa la cantidad que CMH generalmente les factura a las personas aseguradas. CMH calcula los AGB multiplicando los cargos brutos por atención de emergencia o servicios médicamente necesarios que proporciona a personas elegibles para FAP por un porcentaje AGB de 62.3% de los cargos. El porcentaje se calcula en base de todos los reclamos permitidos por Medicare y aseguradoras privadas en un periodo de 12 meses, divididos por los cargos brutos asociados a dichos reclamos.

PROCEDIMIENTO:

Requerimiento de elegibilidad del paciente

Para tener derecho a ayuda a través del programa de asistencia financiera (FAP) se requiere que los pacientes soliciten la cobertura disponible de seguro médico como Medicare, Medicaid y otra cobertura médica subvencionada por el gobierno, si CMH determina que el paciente podría tener derecho a esos programas. Las solicitudes de asistencia financiera (“solicitud FAP”) se procesarán al mismo tiempo que esa solicitud. Además, el paciente debe cumplir con los procedimientos y requerimientos del programa de asistencia financiera establecidos en esta política a fin de ser elegible para asistencia financiera. No cumplir cualquiera de los términos de esta política hará que se rechace la solicitud FAP y que se remita al paciente a la política de descuento de autopago del CMH.

COMMUNITY MEMORIAL HOSPITAL	
Administrativo	
ASUNTO: Política de asistencia financiera	Página 3 de 7
FORMULÓ:	REVISÓ:
FECHA DE EXPEDICIÓN: 01/01/2007	REVISADA: 4/11, 12/13, 1/16, 3/17, 9/17, 4/18, 3/19, 7/20, 6/21, 6/22

Se supone que los pacientes con un ingreso por debajo de 300% del nivel federal de pobreza son elegibles para cierto nivel de asistencia financiera, con base en una escala ajustable de honorarios.

Proceso de solicitud

A los pacientes se les recomienda enviar la solicitud FAP en un plazo máximo de 240 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta después del alta. Sin embargo, pueden solicitar asistencia financiera en cualquier momento, aun cuando la cuenta haya pasado al estado de cobranza. Al paciente se le dan 30 días a partir de que reciba la solicitud FAP para devolverla debidamente llenada para su revisión. La información proporcionada en la solicitud FAP está sujeta a verificación por parte del CMH.

Es responsabilidad del paciente asegurarse de que la solicitud FAP esté completamente llenada. Llenar por completo la solicitud significa proporcionar toda la documentación de apoyo requerida por CMH para determinar la elegibilidad para asistencia financiera. A los pacientes se les pide que, junto con la solicitud FAP, proporcionen la siguiente documentación correspondiente a cada miembro de su hogar si es el caso.

1. Los últimos cuatro talones de pago semanales consecutivos; dos si se paga por quincena.
2. Comprobante de ingresos por desempleo, seguro social, pensiones, compensación de trabajadores, incapacidad, etcétera.
3. En caso de personas autoempleadas, una declaración propia o 3 meses del libro mayor del negocio (una declaración de impuestos es opcional).
4. Cuando no se disponga de ningún tipo de documentación de ingresos puede usarse la declaración propia.

A los pacientes que presenten una solicitud FAP incompleta, o cuya información no pueda verificarse, se les notificará por escrito de la información faltante o los problemas de verificación y tendrán 10 días hábiles adicionales para proporcionar dicha información.

Los pacientes pueden dirigirse a la Oficina de Asesoría Financiera, al 315-824-6553, para recibir ayuda con la solicitud de asistencia financiera.

Al recibir la solicitud FAP, la factura se pondrá en estado de retención y el paciente podrá pasar por alto cualquier factura hasta que el CMH haya emitido su decisión respecto de la solicitud. No se requiere ningún pago durante el proceso de revisión de la solicitud. A los pacientes se les avisará por escrito en un plazo de 30 días a partir de que el CMH haya recibido la solicitud FAP respecto de su elegibilidad para ayuda financiera.

Los pacientes que no estén de acuerdo con la determinación tomada conforme a esta política tienen el derecho de apelar dirigiéndose al Director de Servicios Comerciales a Pacientes, al 315-824-6549, o enviando un requerimiento para que revisen la solicitud a Community Memorial Hospital, Atención de Director de Servicios Comerciales a Pacientes, 150 Broad Street, Hamilton, NY 13346.

COMMUNITY MEMORIAL HOSPITAL	
Administrativo	
ASUNTO: Política de asistencia financiera	Página 4 de 7
FORMULÓ:	REVISÓ:
FECHA DE EXPEDICIÓN: 01/01/2007	REVISADA: 4/2011, 12/2013, 1/2016, 3/2017, 9/2017, 4/2018, 3/2019, 7/2020, 6/2021

Los pacientes también pueden dirigirse al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-804-5447 con relación a cualquier rechazo.

Las solicitudes aprobadas de asistencia financiera para pacientes con seguro insuficiente se respetarán durante un (1) año en caso de que el paciente regrese con necesidad de servicios médicos adicionales y su situación financiera no haya cambiado. Los pacientes con seguro insuficiente estarán obligados a llenar una nueva solicitud FAP cada año.

Las solicitudes aprobadas de asistencia financiera para pacientes no asegurados se respetarán durante tres meses en caso de que el paciente regrese con necesidad de servicios médicos adicionales y su situación financiera no haya cambiado. Los pacientes no asegurados estarán obligados a llenar una nueva solicitud FAP cada trimestre en caso de seguir necesitando servicios.

Determinación de descuentos de ayuda financiera

El monto máximo que se le cobrará a cualquier paciente con derecho a FAP por atención de emergencia u otros servicios de salud médicamente necesarios tendrá el tope del porcentaje AGB. El paciente recibirá un descuento de cuotas según una escala ajustable basada en el porcentaje de los lineamientos federales de pobreza. El CMH ha establecido los siguientes requerimientos para reducirles los cargos a los pacientes elegibles.

Se han establecido las siguientes cuotas nominales, de conformidad con los lineamientos del Departamento de Salud del Estado de Nueva York, para pacientes elegibles para asistencia financiera, cuyo ingreso doméstico sea igual o menor al 100% de los más recientes lineamientos federales de pobreza:

1. Servicios como paciente hospitalizado, cirugía ambulatoria y pruebas de resonancia magnética: \$150 por alta o procedimiento.
2. Sala de emergencias o servicios clínicos para adultos: \$15 por consulta
3. Clínica pediátrica o servicios prenatales: Sin cargo

Si la responsabilidad del paciente antes del descuento es menor o igual a la cuota nominal entonces quedará tal cual esté.

Seguro insuficiente:

Los pacientes con seguro insuficiente que sean elegibles para asistencia financiera y cuyo ingreso doméstico sea mayor del 100% pero menor del 375% de los más recientes lineamientos federales de pobreza, estarán calificados para que se le apliquen descuentos aprobados a su responsabilidad evaluada en el reclamo como sigue:

COMMUNITY MEMORIAL HOSPITAL	
Administrativo	
ASUNTO: Política de asistencia financiera	Página 5 de 7
FORMULÓ:	REVISÓ:
FECHA DE EXPEDICIÓN: 01/01/2007	REVISADA: 4/2011, 12/2013, 1/2016, 3/2017, 9/2017, 4/2018, 3/2019, 7/2020, 6/2021

1. Las personas o familias con ingreso de 101% a 150% del nivel federal de pobreza son elegibles para una condonación de 80% de la responsabilidad del paciente asignada por la compañía aseguradora.
2. Las personas o familias con ingreso de 151% a 175% del nivel federal de pobreza son elegibles para una condonación de 75% de la responsabilidad del paciente asignada por la compañía aseguradora.
3. Las personas o familias con ingreso de 176% a 200% del nivel federal de pobreza son elegibles para una condonación de 50% de la responsabilidad del paciente asignada por la compañía aseguradora.
4. Las personas o familias con ingreso de 201% a 250% del nivel federal de pobreza son elegibles para una condonación de 25% de la responsabilidad del paciente asignada por la compañía aseguradora.
5. Las personas o familias con ingreso de 251% a 375% del nivel federal de pobreza son elegibles para una condonación de 10% de la responsabilidad del paciente asignada por la compañía aseguradora.

Pacientes no asegurados

Los pacientes no asegurados que sean elegibles para asistencia financiera y cuyo ingreso doméstico sea mayor del 100% pero menor del 375% de los más recientes lineamientos federales de pobreza, estarán calificadoa para recibir los siguientes descuentos:

1. Las personas o familias con ingreso de 101% a 150% del nivel federal de pobreza son elegibles para una condonación de 80% de la tarifa de AGB.
2. Las personas o familias con ingreso de 151% a 175% del nivel federal de pobreza son elegibles para una condonación de 75% de la tarifa de AGB.
3. Las personas o familias con ingreso de 176% a 200% del nivel federal de pobreza son elegibles para una condonación de 50% de la tarifa de AGB.
4. Las personas o familias con ingreso de 201% a 250% del nivel federal de pobreza son elegibles para una condonación de 25% de la tarifa de AGB.
5. Las personas o familias con ingreso de 251% a 375% del nivel federal de pobreza son elegibles para una condonación de 10% de la tarifa de AGB.

Descuentos estándar en autopagos:

Community Memorial Hospital ofrece descuento a pacientes que se pagan a sí mismos y que no estén calificados para recibir asistencia financiera conforme a esta política, o que decidan no presentar solicitud para la cobertura de seguro médico disponible, como Medicare, Medicaid u otra cobertura médica subvencionada por el gobierno, si determina que el paciente posiblemente sea elegible para esos programas. *Vea la Política de descuento por pronto pago para autopagos.*

COMMUNITY MEMORIAL HOSPITAL	
Administrativo	
ASUNTO: Política de asistencia financiera	Página 6 de 7
FORMULÓ:	REVISÓ:
FECHA DE EXPEDICIÓN: 01/01/2007	REVISADA: 4/2011, 12/2013, 1/2016, 3/2017, 9/2017, 4/2018, 3/2019, 7/2020, 6/2021

Facturación y esfuerzos de cobranza del hospital:

1. A los pacientes se les notificará del programa de asistencia financiera al momento de registro o de alta en nuestro establecimiento y en todos los estados de cuenta.
2. A los pacientes se les notificará al menos con 30 días de anticipación de la intención de CMH por remitir la cuenta a su agencia de cobranzas y e tomar cualquier otra medida extraordinaria de cobranza, y en ese momento se les proporcionará una copia del resumen de la FAP. CMH hará todos los esfuerzos razonables para dar aviso oral sobre la FAP y de cómo obtener asistencia con la solicitud FAP.
3. No se enviarán las cuentas de los pacientes a la agencia de cobranzas mientras esté siendo revisada la solicitud FAP y no se haya tomado ninguna determinación.
4. CMH no forzará la venta o la ejecución hipotecaria de una residencia primaria.
5. Cualquier agencia de cobranzas empleada por CMH deberá obtener el consentimiento por escrito del Vicepresidente de Finanzas para iniciar cualquier acción legal respecto de la cuenta de algún paciente.
6. Cualquier agencia de cobranzas empleada por CMH estará obligada a seguir esta política de asistencia financiera, así como a proporcionar información para solicitar asistencia financiera.
7. CMH no emprenderá ningún esfuerzo de cobranza contra pacientes elegibles para Medicaid al momento del servicio.
8. Esta política prohíbe aplicar cláusulas de anticipación.

En caso de una factura de CMH no pagada, el hospital se reserva el derecho a considerar acciones de cobranza extraordinarias (ECA), como reportar información adversa a los burós de crédito o tomar medidas que requieran procesos legales, como el embargo de salarios o el embargo de la propiedad del deudor. El CMH no emprenderá ninguna ECA antes de por lo menos 120 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta por la atención después del alta del paciente.

En algunos casos puede no haberse identificado que el paciente es elegible para asistencia conforme a la FAP antes de iniciar los esfuerzos externos de cobranza. Los pacientes cuya cuenta haya sido enviada a alguna agencia de cobranzas externa aún pueden solicitar asistencia financiera, en tanto no hayan requerido anteriormente una solicitud para la FAP, no hayan dejado incompleta una solicitud FAP anterior o no les haya sido rechazada o rehusada una solicitud presentada anteriormente.

Si reciben una factura que creen que debería estar cubierta por una solicitud FAP aprobada en archivo, los pacientes deben dirigirse a la Oficina de Asesoría Financiera al 315-824-6553.

Para el resto de los saldos pendientes, CMH ofrece planes de pagos a plazos a los pacientes que estén calificados para asistencia financiera. Los pagos a plazos mensuales no excederán el 10% del ingreso mensual bruto del paciente.

COMMUNITY MEMORIAL HOSPITAL	
Administrativo	
ASUNTO: Política de asistencia	PÁGINA 7 de 10
FORMULÓ:	REVISÓ:
FECHA DE EXPEDICIÓN: 01/01/2007	REVISADA: 4/11, 12/13, 1/16, 3/17, 9/17,4/18, 3/19, 7/20, 6/21, 7/22

¿Quién participa en el programa de asistencia financiera?

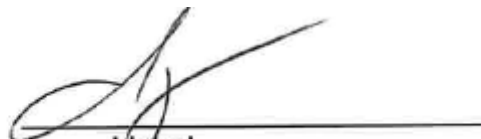
Los cargos por atención de emergencia y servicios de salud médicamente necesarios facturados por CMH pueden descontarse conforme al programa de asistencia financiera. Sin embargo, los servicios de los médicos proporcionados en el hospital no están incluidos en los cargos del hospital. Vea la lista de proveedores cubiertos por esta política en el Anexo 2.

En el sitio Web del Community Memorial Hospital puede encontrar la lista completa de proveedores que no participan en esta FAP: <https://communitvmemorial.org/patient-visitor-info/financial-assistance/>. También puede dirigirse a la Oficina de Asesoría Financiera al 315-824-6553 para solicitar sin cargo copia en papel de la lista de proveedores de CMH.

Referencias: PHL 2807-k; Código fiscal, sección 501(r); Departamento de Salud del estado de Nueva York, mayo de 2009. Carta Estimado director general

Aprobado por:


 Jeffery Coakley
 Presidente y director general


 Jason Liebel
 Contralor

ANEXO 1

LINEAMIENTOS FEDERALES DE
POBREZA del HHS

Número de personas en la familia u hogar	Lineamientos de pobreza	375% del FFG
1	\$13,590	\$50,963
2	\$18,310	\$68,663
3	\$23,030	\$86,363
4	\$27,750	\$104,063
5	\$32,470	\$121,763
6	\$37,190	\$139,463
7	\$41,910	\$157,163
8	\$46,630	\$174,863
En caso de familias u hogares de más de 8 personas, sume \$4,720 por cada persona adicional.		

<https://laspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

ANEXO2

CONSULTORIOS MÉDICOS EN EL HOSPITAL Y PROVEEDORES CUBIERTOS POR LA POLÍTICA

¿Quién participa en el programa de asistencia financiera (FAP)?

Los cargos por atención de emergencia y servicios médicamente necesarios facturados por CMH pueden descontarse conforme a la FAP. Sin embargo, los servicios de los médicos proporcionados en el hospital no están incluidos en los cargos del hospital. Los siguientes son los grupos médicos empleados o afiliados a CMH que participan en nuestra FAP al 10 de junio de 2022.

- **Servicio de hospitalistas, Community Memorial Hospital**
 - o Lyn Champagne, NP, Hospitalista
 - o April LaMunion, NP, Hospitalista
 - o Matthew McKay, MD, Hospitalista
 - o Kareem Hamad, MD, Hospitalista
- **Centro de Medicina Familiar de CMH (todas las localidades)**
 - o MÉDICOS:
 - Robert Delorme, MD, Medicina familiar
 - Jennifer Meyers, MD, Pediatría
 - Avneet Singh, MD, Cardiología
 - Martin Ernits, MD, Cirugía general
 - Matas Morkevicius, MD, Neumología
 - Kenneth Beasley, MD, Urología
 - Sunny Nelson, MD, Medicina familiar
 - Hao Lam, DO, Medicina familiar
 - Jocelyn Morin, MD, Medicina familiar
 - Kerri Taylor, DO, Medicina familiar
 - Sheila Ramanathan, DO, Medicina familiar
 - Michael Walsh, DO, Medicina familiar
 - o PROVEEDORES DE NIVEL MEDIO:
 - Cindy Marshall, NP, Medicina familiar y pediatría
 - April LaMunion, NP, Cardiología
 - Shannon Tilbe, NP, Medicina familiar
 - Amy Dennis, NP, Medicina familiar
 - Gwen Manley, NP, Medicina familiar
 - Marla Smith, NP, Medicina familiar
 - Melanie Angell, PA, Medicina familiar
 - Shelby Sharp, NP, Medicina familiar
- **Atención de urgencias CMH**
 - o Stephen Jackowski, PA
 - o Linda Keever, NP
 - o Mary Lou Stanton, NP
 - o Maureen Gallagher, NP
 - o Melanie Angell, PA

En el sitio Web del Community Memorial Hospital puede encontrar la lista completa de proveedores que no están cubiertos por esta FAP: <https://communitvmemorial.org/wp-content/uploads/2020/07/Contracted-Providers-2020.pdf>.

ANEXO3

PROVEEDORES POR CONTRATO NO CUBIERTOS POR LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Schumacher Clinical Partners/EMBCC
4075 Copper Ridge Drive
Traverse City, M149684
Tel: 888 632-1085 6#

CNY Gynecology Associates
4857 State Route 5
Vernon, NY 13476
Tel: 315-363-9995

Crouse ED/Hospitalists
Crouse Hospital
736 Irving Avenue
Syracuse, NY 13210
Tel: 315-472-1488

John Costello, DO
578 Seneca Street
Oneida, NY 13421
Tel: 315-363-1110

Syracuse Gastroenterological Associates
739 Irving Avenue
Syracuse, NY 13210
Tel: 315-234-6677

Nathan Keever, DO
194 North Main Street
Oriskany Falls, NY 13425
Tel: 315-821-7278

Merrill Miller, MD o Ellen Larsen, MD
Colgate Student Health Center Colgate
University
Hamilton, NY 13346
Tel: 315-228-7750

Chenango Eye Associates
194 Grandview Lane
Norwich, NY 13815
Tel: 607-334-3225

Hamilton Orthopedics & Sports Medicine
85 College Street
Hamilton, NY 13346
Tel: 315-824-1250

Robert Coffin, MD
Centrex Laboratory
1656 Champlin Avenue
Utica, NY 13502
Tel: 315-624-8242