

---

Policy Number: **FIN 004**

Original Date: 01/01/07

Revised: 08/31/07, 06/30/09, 07/14/15, 12/21/15,  
01/19/16, 01/22/19, 06/01/20

Reviewed:

---

## **Asunto / Título: Política de asistencia financiera**

Política: La política de Oneida Health es cumplir con la Ley de ayuda financiera del hospital.

Propósito: OH ofrece asistencia financiera a pacientes sin seguro y con seguro insuficiente a una tarifa reducida o sin cargo a los residentes del estado de Nueva York que tienen ingresos individuales o familiares, que no exceden el 300% del nivel de pobreza del HHS.

Servicios cubiertos por esta política:

1. Pacientes ingresados en cuidados agudos
2. Servicios de emergencia, incluidas las transferencias de emergencia de conformidad con la Ley de tratamiento médico de emergencia y trabajo (EMTALA)
3. Pacientes de cirugía ambulatoria.
4. Pacientes ambulatorios referidos
5. Observación de pacientes.

Tenga en cuenta: la cirugía estética y / o electiva que se considera servicios no médicamente necesarios no es elegible para recibir asistencia financiera.

Alcance: esta política se aplica a todos los miembros de la Junta, funcionarios, gerentes y otros miembros de la fuerza laboral, incluidos empleados, aprendices, voluntarios, proveedores, consultores, contratistas independientes, estudiantes y trabajadores temporales ("Personas afectadas") y en todo Oneida Health (OH) , incluido el hospital y todos sus departamentos y centros de salud, y las prácticas médicas afiliadas a OH (Oneida Medical Services, PLLC, Oneida Medical Practice, PC y Genesee Physician Practice, PLLC), y cualquier otro departamento o entidad que forme parte de OH.

Procedimiento:

Todos los pacientes son notificados de nuestra Política de Asistencia Financiera (FAP) en el momento del registro mediante letreros publicados en toda el área de registro, con la política, un resumen y una solicitud disponibles al momento del registro, y con una notificación enviada con todos los estados de cuenta.

Previa solicitud, la política, un resumen de nuestro Programa de Asistencia Financiera y una solicitud se proporcionan al paciente.

Al recibir una solicitud completa, el reclamo se pone en espera de declaración; no se espera el pago mientras la solicitud está en revisión.

La documentación solicitada con la solicitud, para cada miembro del hogar, incluidos los dependientes, es:

- Las últimas ocho (8) semanas consecutivas de recibos de pago (cuatro (4) si se pagan cada dos semanas)
- Confirmación de desempleo, seguridad social, pensión, compensación laboral, discapacidad, etc.
- Para personas que trabajan por cuenta propia, un libro de contabilidad de negocios (3) meses o una autoevaluación para (una declaración de impuestos es opcional)
- Estado de elegibilidad de Medicaid (si está disponible por haber solicitado recientemente).
- Cuando no hay ningún tipo de documentación de ingresos disponible, se puede utilizar el formulario de autocertificación.

- Ingreso de pensión alimenticia o pensión alimenticia
- Todas las demás fuentes de ingresos.

1. La aprobación de la asistencia financiera se basará caso por caso. La determinación se realizará en relación con el tamaño del hogar y el nivel de ingresos.
2. Según la información provista en la solicitud, OH revisará los criterios para identificar si el paciente puede ser elegible para la cobertura de Medicaid del estado de Nueva York. Si la información proporcionada parece cumplir con las pautas de elegibilidad, se le recomendará al paciente que solicite Medicaid de NYS para obtener la aprobación o denegación de Medicaid de NYS.
3. Si OH no puede tomar una determinación basada en la información proporcionada, se enviará una carta al paciente informándole que la solicitud está pendiente hasta que se reciba la información / documentación completa. Esto debe devolverse de manera oportuna y según lo especificado por OH para que se tome una decisión expedita.
4. En caso de que sea necesario que un paciente solicite Medicaid y Medicaid lo niegue por no completar una solicitud o por negarse a cumplir con cualquier condición de elegibilidad, esto resultará en la denegación de la solicitud de Asistencia Financiera. Es posible que deba solicitar cualquier otro seguro o programa antes de recibir asistencia financiera.
5. Los saldos de cuenta como resultado de gastos de bolsillo, los beneficios agotados y el pago denegado del seguro son elegibles para recibir asistencia financiera para servicios hospitalarios. (Esto no se aplica a las clínicas ambulatorias del médico).
6. La solicitud de asistencia financiera debe realizarse dentro de los 120 días (período de notificación) desde el primer estado de cuenta del paciente posterior al alta. A partir de entonces, toda la documentación de apoyo y adicional solicitada, previa notificación oportuna, debe ser recibida por la instalación dentro de los plazos solicitados por la instalación que no exceda los 120 días adicionales (período de solicitud).
7. La aprobación de asistencia financiera será válida solo para las cuentas que figuran en la solicitud. La aprobación de la asistencia financiera será honrada por un período de 6 meses; por lo tanto, reduciendo la necesidad de "nueva aplicación". Sin embargo, si el estado financiero de un paciente / garante ha cambiado; Oneida Health le pedirá al paciente / garante que vuelva a presentar la solicitud.
8. La determinación de la concesión de asistencia financiera será realizada por el personal de la oficina comercial. Luego, la solicitud se entregará al Director de Cuentas de Pacientes, al Supervisor de la Oficina Comercial (Hospital) o al Gerente de la Oficina de Facturación Central (lado de la Clínica) para su aprobación final. En los casos en que el saldo total de la cuenta sea superior a \$ 15,000.00, se requerirá la aprobación del Director Financiero.
9. Los pacientes que hayan presentado una solicitud de asistencia financiera recibirán una determinación por escrito de la Oficina Comercial dentro de los 30 días hábiles de la determinación.
10. Los pacientes que no están de acuerdo con la determinación de elegibilidad para asistencia financiera pueden llamar a la línea directa de quejas del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1 800 804 5447.
11. Las solicitudes de asistencia financiera no serán atendidas hasta que se determine la responsabilidad final del paciente después de que todos los seguros hayan pagado su parte contratada. Cualquier disputa sobre seguros debe resolverse antes de considerar el saldo de la cuenta.

12. Una vez que se haya realizado una determinación favorable, se notificará al paciente / garante junto con una explicación de los plazos previstos para remitir los saldos adeudados. Se le solicitará al paciente / garante que firme un acuerdo y lo devuelva a OH dentro de los 14 días.
13. Cuando un garante / familia ha sido aprobado para recibir asistencia financiera, el garante puede pagar el saldo de la cuenta ajustada en su totalidad o, si es necesario, puede establecer arreglos de pago. Los parámetros del plan de pago se enumeran a continuación.
  - Saldo de la cuenta por debajo de \$ 100.00 6 meses - 9 meses máximo
  - \$ 100.00 - \$ 500.00 9 meses - 12 meses máximo
  - \$ 501.00 - \$ 1000.00 12 meses máximo
  - \$ 1001.00 - \$ 3000.00 18 meses máximo
  - \$ 3001.00 - \$ 5000.00 máximo de 24 meses
  - Más de \$ 5000.00

Póngase en contacto con la oficina comercial para obtener los arreglos de pago  
Los pagos mensuales no excederán el 10% del ingreso bruto del garante / familia
14. El monto del recargo del Estado de Nueva York, si corresponde, será un cargo adicional al saldo final de la cuenta con descuento.
15. Se mantendrá una contabilidad mensual de asistencia financiera que indique el nombre del paciente, número de cuenta, fecha de servicio, tipo de servicio, fecha de solicitud, fecha de aprobación / denegación, cargos totales, saldo total adeudado por el paciente, monto de ajuste, código postal y equilibrio del paciente ajustado.
16. Las copias de la solicitud, aprobación / denegación, factura resumida y cualquier correspondencia relacionada con la solicitud de asistencia financiera se mantendrán en el archivo por un período de 10 años.

Oneida Health							
2021 Federal Poverty Levels							
Household Size	100%	133%	150%	200%	250%	300%	400%
1	\$ 12,880	\$ 17,130	\$ 19,320	\$ 25,760	\$ 32,200	\$ 38,640	\$ 51,520
2	\$ 17,420	\$ 23,169	\$ 26,130	\$ 34,840	\$ 43,550	\$ 52,260	\$ 69,680
3	\$ 21,960	\$ 29,207	\$ 32,940	\$ 43,920	\$ 54,900	\$ 65,880	\$ 87,840
4	\$ 26,500	\$ 35,245	\$ 39,750	\$ 53,000	\$ 66,250	\$ 79,500	\$ 106,000
5	\$ 31,040	\$ 41,283	\$ 46,560	\$ 62,080	\$ 77,600	\$ 93,120	\$ 124,160
6	\$ 35,580	\$ 47,321	\$ 53,370	\$ 71,160	\$ 88,950	\$ 106,740	\$ 142,320
7	\$ 40,120	\$ 53,360	\$ 60,180	\$ 80,240	\$ 100,300	\$ 120,360	\$ 160,480
8	\$ 44,660	\$ 59,398	\$ 66,990	\$ 89,320	\$ 111,650	\$ 133,980	\$ 178,640
Sliding Scale	100%	89%	79%	69%	59%	49%	0%

Otras políticas / procedimientos relacionados:

Política anterior #:

Referencias: Sección 501 (r) del código del IRS, vigente desde 2016

Normas:

Formularios: Resumen de lenguaje sencillo de asistencia financiera (01242)

Solicitud de asistencia financiera (01913)

Pago de atención: servicios contratados (01519)

Aprobado por: V.Cole, J. Sweet 06/2020