

<p>FLUSHING HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE NOTIFICATION TO PATIENTS POLICY & PROCEDURE</p>	<p>EFFECTIVE 10.20.24 LAST REVIEW DATE 01.14.26</p>
--	---

POLÍTICA: Proporcionar acceso a Asistencia Financiera a los pacientes elegibles.

PROPÓSITO: Establecer un proceso mediante el cual la Asistencia Financiera sea accesible y se brinde atención asequible a los pacientes elegibles y garantizar que los pacientes y/o sus familiares sean notificados sobre la Política de Asistencia Financiera del Flushing Hospital Medical Center para personas sin seguro o con seguro insuficiente.

La atención médica de emergencia será proporcionada por el Hospital, sin discriminación, para condiciones médicas de emergencia a todas las personas, independientemente de si son elegibles para la FAP. No se podrá negar la admisión o el tratamiento/servicios a los pacientes debido a una factura médica impaga.

Persona sin seguro médico: Una persona sin seguro médico, según la define esta política, es aquella que gana hasta el 400% del nivel federal de pobreza (FPL), y que no cuenta con cobertura de seguro médico privado, Medicare, Medicaid u otro seguro médico público que pueda utilizarse para sus servicios médicos.

Persona con seguro insuficiente: Una persona con seguro insuficiente, según la define esta política, posee un seguro médico cuyos costos médicos de bolsillo acumulados en los últimos 12 meses superan el 10% del ingreso bruto de la persona.

PROCEDIMIENTO: Notificación a los Pacientes:

El Flushing Hospital Medical Center (FHMC o el Hospital) cuenta con una Política de Asistencia Financiera (FAP) redactada en un lenguaje claro.

Los pacientes tratados en cualquiera de las instalaciones del FHMC pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera según lo establecido en esta política. Se notifica a los pacientes que la asistencia financiera está disponible de la siguiente manera:

- Se proporciona una descripción resumida a los pacientes durante los procesos de admisión/registro y alta para pacientes del Departamento de Emergencias, pacientes ambulatorios y pacientes hospitalizados (Resumen de la FAP).
- Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera en cualquier momento, incluso durante el proceso de cobro.

- Los activos de los pacientes no se consideran al revisar la elegibilidad para la asistencia financiera.
- El estatus migratorio no se considera para la elegibilidad.
- Todas las facturas y estados de cuenta incluyen una notificación al paciente sobre la disponibilidad de la FAP.
- Un resumen de la FAP y del proceso de solicitud se exhibe de manera prominente en áreas públicas, en una forma diseñada para atraer la atención de los pacientes.
- Un resumen, así como las políticas completas y la solicitud, están publicados en el sitio web del Hospital. El resumen, las políticas y la solicitud de la FAP del Hospital están disponibles en línea en www.Flushinghospital.org, y se puede acceder a ellos seleccionando el banner "Financial Assistance" en la página web.
- La publicación en el sitio web del Hospital identifica los niveles de ingresos específicos utilizados para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera, una descripción del área de servicio primario del Hospital e información sobre cómo los pacientes pueden solicitar asistencia. Notifica a los miembros de la comunidad sobre la FAP con el fin de llegar a aquellas personas que tienen más probabilidades de requerir asistencia financiera.
- La Evaluación de Necesidades de Salud de la Comunidad (CHNA) de FHMC describe cómo se notifica a los miembros de la comunidad sobre la FAP. Se puede acceder a la CHNA a través del sitio web del hospital en www.Flushinghospital.org, haciendo clic en el enlace "Community".
- FHMC proporciona la FAP completa, el resumen y la solicitud en versiones electrónicas y en papel (cuando corresponda), en el idioma de cualquier población que constituya al menos el 5% de la comunidad atendida, o 1,000 individuos.

Información de Contacto/Asistencia del Programa de Asistencia Financiera:

La información sobre la FAP de FHMC está disponible públicamente en el Departamento de Emergencias disponible 24 horas y en el Departamento de Admisión del Hospital.

Ambos departamentos están ubicados en la Planta Baja del edificio principal del hospital en 4500 Parsons Blvd, Flushing, NY, 11355.

El número de contacto del Departamento de Emergencias es:
1-718-670-5494.

El número de contacto del Departamento de Admisión es:
1-718-670-5435.

Copias impresas de la FAP de FHMC, la solicitud de la FAP y el resumen de la FAP están disponibles, previa solicitud y sin cargo, en el ED y en el AD, y también por correo.

El resumen de la FAP se ofrece a los pacientes sin seguro y con seguro insuficiente durante el proceso de admisión y alta en los Departamentos de Emergencias y Admisión.

La Oficina Financiera es el departamento dentro del Hospital que puede proporcionar asistencia con el proceso de solicitud de la FAP.

La Oficina Financiera está ubicada en:
4500 Parson Blvd 1st Fl
Flushing N.Y. 11355

El horario de atención de la Oficina Financiera es:
Lunes – viernes, 9am – 3:30 pm.

Los números de contacto de la Oficina Financiera son:
718-670-5588 y 718-670-5589.

SERVICIOS ELEGIBLES PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Servicios hospitalarios

FHMC ofrece la oportunidad de solicitar asistencia financiera a todos los pacientes sin seguro y con seguro insuficiente para servicios hospitalarios médicamente necesarios y de emergencia, incluyendo transferencias de emergencia de conformidad con la ley federal Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA). El Hospital proporciona servicios médicos de emergencia a todas las personas, independientemente de su capacidad de pago. La asistencia financiera está disponible para los servicios hospitalarios prestados en todas las instalaciones de FHMC, incluido el Hospital principal, la Sala de Emergencias y cualquier clínica ambulatoria, ya sea ubicada en el Hospital o fuera de este. Para obtener detalles adicionales sobre los servicios cubiertos, comuníquese con la Oficina Financiera como se indicó anteriormente.

La atención ambulatoria y los servicios auxiliares de rutina están incluidos en la tarifa plana de la FAP. Los servicios auxiliares no rutinarios, como las tomografías computarizadas, no están incluidos en la tarifa plana para pacientes ambulatorios y se facturan por separado. Tanto los servicios auxiliares de rutina como los no rutinarios serán considerados para asistencia financiera, independientemente de cómo sean facturados por el Hospital.

Ciertos servicios electivos están excluidos de este programa, incluidos los servicios cosméticos no médicamente necesarios y los servicios de mejora personal. Consulte con la Oficina Financiera para obtener más información sobre si un servicio en particular está incluido en la FAP.

Servicios médicos

Los servicios médicos generalmente se facturan por separado de los servicios hospitalarios. Los siguientes Servicios Médicos son elegibles para reducción según la FAP del Hospital para todos los servicios de emergencia y médicamente necesarios.

1. Médicos Empleados por el Hospital

Todos los servicios médicos de emergencia y médicamente necesarios proporcionados en el Hospital o en las clínicas del Hospital por médicos u otros proveedores que son empleados del Hospital. Estos servicios incluyen:

- Departamento de Emergencias
- Radiología
- Patología
- Medicina Familiar
- Atención Ambulatoria
- Odontología

Los servicios médicamente necesarios no incluyen cirugía estética, odontología estética o servicios auxiliares "adicionales" como habitaciones privadas u otras comodidades opcionales.

No se puede negar a los pacientes el tratamiento o los servicios médicamente necesarios debido a una factura médica impaga.

2. Especialidades Médicas Afiliadas

Ciertos especialistas que pueden prestar servicios en el Hospital o en una clínica del Hospital son empleados de consultorios privados afiliados al Hospital. Los especialistas dentro de estos consultorios participan en la FAP del Hospital solo en circunstancias limitadas. Los servicios profesionales prestados durante el curso de la atención de emergencia y médicamente necesaria o las consultas para pacientes hospitalizados en el Hospital serán elegibles para reducción según la FAP del Hospital. Estas especialidades incluyen:

- Cirugía de Trauma
- Cirugía Ortopédica
- Neurocirugía
- OB/GYN
- Anestesiología
- Pediatría
- Urología

3. Proveedores Independientes

Los pacientes no pueden solicitar asistencia financiera para facturas de cualquier otro servicio que **no** sea proporcionado por el hospital y/o por personas directamente empleadas por el hospital. Por ejemplo, si un paciente es tratado por un médico que trabaja en el hospital pero que no es un empleado asalariado del mismo, el médico puede facturar por separado sus servicios.

Ciertos especialistas que ejercen en el Hospital no son empleados del Hospital ni de un grupo de práctica afiliado. Ciertos especialistas que ejercen en el Hospital no son empleados del Hospital ni de un grupo de práctica afiliado. Estos especialistas generalmente pueden no participar en la FAP del Hospital para ningún servicio, incluida la atención de emergencia y la consulta para pacientes hospitalizados.

Elegibilidad:

1. Solicitud de la FAP

El Hospital determinará la elegibilidad para la asistencia financiera tras la finalización por parte del paciente de una solicitud de asistencia financiera con asesores financieros designados.

Para ser elegible para la asistencia financiera por servicios de emergencia, el paciente debe ser residente del Estado de Nueva York. Para ser elegible para la asistencia financiera por servicios médicamente necesarios, el paciente también debe residir dentro del área de servicio primario del Hospital, según lo determinado por el Estado, y ser considerado sin seguro o con seguro insuficiente. En ambas circunstancias, los ingresos del paciente no deben exceder los límites de ingresos predeterminados.

Adicionalmente, el paciente debe haber recibido servicios de emergencia o médicamente necesarios en el Hospital y/o sus sitios afiliados, y ser considerado sin seguro, con seguro insuficiente (según lo especificado por el Estado), o haber agotado los beneficios de su seguro médico para dichos servicios. El paciente también debe no ser elegible para cualquier otro programa de asistencia gubernamental, según lo determinado por el Hospital.

Además, el Hospital puede considerar a los pacientes asegurados por Medicaid con cargos por "servicios no cubiertos", y a los pacientes de Otros Indigentes con cargos por "servicios no cubiertos" como Atención Caritativa si los pacientes, por lo demás, cumplen con las pautas y el protocolo de asistencia financiera del Hospital. Asimismo, el Hospital también incluirá los cargos por limitación de la duración de la estancia hospitalaria de pacientes internos de Medicaid o de visitas ambulatorias que superen el umbral estatal de Medicaid como Atención Caritativa, cuando corresponda.

Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera en cualquier momento, desde la fecha del servicio y durante todo el proceso de cobro.

El estatus migratorio no se tendrá en cuenta al determinar la elegibilidad.

2. Tamaño Familiar, Seguro Insuficiente, Ingresos, Gastos Médicos y Determinación de Elegibilidad:

El nivel de asistencia financiera depende del tamaño de la familia y del nivel de ingresos actual.

No existe una evaluación de recursos para los pacientes elegibles para asistencia financiera.

Familia se define como: un grupo de dos o más personas (una de las cuales es el cabeza de familia) relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que residen juntas; todas esas personas (incluyendo los miembros de subfamilias relacionadas) se consideran miembros de una sola familia.

Se define como "con seguro insuficiente" a los pacientes cuyos gastos médicos han excedido el 10% de sus ingresos en los últimos 12 meses.

Los ingresos se evalúan como el ingreso bruto mensual del hogar, antes de gastos.

Los ingresos incluyen: salario bruto; sueldos; propinas; ingresos de negocios y autoempleo; compensación por desempleo; compensación laboral; Seguro Social; Ingreso Suplementario de Seguridad; pagos a veteranos; beneficios para sobrevivientes; pensión o ingresos de jubilación; intereses; dividendos; regalías; ingresos de propiedades en alquiler, herencias y fideicomisos; pensión alimenticia; manutención infantil; asistencia de fuera del hogar; y otras fuentes diversas.

Los gastos médicos de bolsillo se refieren a cualquier costo que el paciente paga por atención de emergencia o medicamento necesaria (ej. deducibles, copagos, coseguros, depósitos, etc.), pero no incluyen el costo de las primas del seguro médico.

- Si la atención que supera el 10% de los ingresos de un paciente fue recibida en un hospital al cual el paciente está solicitando asistencia financiera, el hospital puede utilizar la cuenta del paciente para determinar la elegibilidad. De lo contrario, el paciente debe proporcionar comprobante de facturas pagadas u otra documentación que acredite que se pagaron los gastos médicos.

Los activos de los pacientes (como casa, automóvil, etc.) no se tendrán en cuenta. La elegibilidad para la asistencia financiera se determina únicamente en función de los ingresos del hogar.

No se requiere que los pacientes paguen una factura del hospital mientras se considera su solicitud de asistencia financiera y pueden solicitar acogerse a la asistencia financiera en cualquier momento, incluso durante el proceso de cobro.

El Hospital puede exigir que los pacientes soliciten primero Medicaid, el Essential Plan u otros programas de salud públicos (siempre que su estatus migratorio no los inhabilite para ninguno de estos programas).

Las determinaciones de elegibilidad están sujetas a cambios si el paciente experimenta un cambio en su situación vital, como matrimonio, nacimiento de un hijo, pérdida de empleo y/o cambio en los ingresos, o inscripción en un seguro médico de terceros para servicios cubiertos. Se requiere que los pacientes que reciben asistencia financiera notifiquen al Hospital sobre cualquier cambio de este tipo en su situación.

Las determinaciones de elegibilidad para la asistencia financiera tienen una vigencia de seis meses, y los solicitantes deben volver a solicitarla para renovar su asistencia financiera.

3. Facturación previa a la determinación de elegibilidad

Al paciente se le facturará el total de los cargos, a menos que sea identificado como elegible para asistencia financiera y los cargos se ajusten en consecuencia.

Una vez que el paciente haya presentado una solicitud y sea considerado elegible para la asistencia financiera, el Hospital determinará la responsabilidad del paciente de acuerdo con las pautas estatales.

El Hospital determina la elegibilidad para la asistencia financiera basándose en la solicitud de asistencia del paciente. El Hospital puede requerir documentación de respaldo con información específica sobre ingresos y tamaño familiar para respaldar la solicitud de asistencia del paciente.

Asistencia Financiera Presunta

Una parte de la factura final por servicios de emergencia y/o médicamente necesarios puede ser tratada como atención caritativa si el paciente no solicita asistencia financiera - y no se identifican otros beneficios de seguro. La reducción en la responsabilidad de pago se basará en el reembolso de los mismos servicios por parte del pagador de mayor volumen del Hospital.

El Hospital se reserva el derecho de revisar o utilizar un agente para revisar la información financiera del paciente. El Hospital o la entidad contratada pueden utilizar consultas de crédito blandas para determinar los ingresos y el tamaño de la familia del paciente. La elegibilidad para la asistencia financiera presunta podrá entonces determinarse y aplicarse a cuentas designadas si, o cuando, los ingresos actuales del paciente puedan establecerse de manera fiable utilizando medios de terceros y dichos ingresos se encuentren por debajo del 400% del nivel federal de pobreza.

4. Plazos:

Las determinaciones de elegibilidad con respecto a la aprobación o denegación de las solicitudes de asistencia financiera se realizan dentro de un máximo de 30 días posteriores a la recepción de una solicitud completa. Se le otorga al paciente un plazo de hasta 20 días después de la presentación de una solicitud para presentar documentos e información adicionales necesarios para complementar la solicitud.

Todas las determinaciones de elegibilidad se proporcionan a los solicitantes por escrito.

Bajo la FAP, los pacientes pueden solicitar asistencia financiera en cualquier momento, desde la fecha del servicio y durante todo el proceso de cobro.

No se requiere que los solicitantes de asistencia financiera paguen sus facturas del hospital mientras se considera la solicitud de asistencia y hasta que se tome una determinación.

5. Proceso de Aprobación, Denegación y Revisión de la Solicitud:

El personal del Hospital ayuda a los pacientes en el proceso de solicitud, incluyendo la explicación de las políticas y procedimientos. Se requiere que los pacientes que solicitan asistencia financiera proporcionen toda la información necesaria para la determinación de elegibilidad.

Si, a juicio del Hospital, un paciente pudiera ser elegible para Medicaid u otro programa de seguro médico, la política del Hospital exige que el paciente solicite dicha cobertura antes de que se le conceda la elegibilidad para la asistencia financiera. La determinación de elegibilidad para la asistencia financiera se realiza al completar la solicitud y no se retrasa a la espera de una determinación de Medicaid.

Siempre que sea posible, la determinación de elegibilidad para la asistencia financiera se realiza de manera concurrente con la presentación de una solicitud de Medicaid. Esto se hace para evitar crear barreras indebidas a la atención mientras se procesa la solicitud de Medicaid. En cualquier caso, se emitirá una determinación de asistencia financiera a más tardar 30 días después de la determinación de Medicaid.

Se pedirá a los solicitantes de asistencia financiera que establezcan y/o proporcionen prueba de ingresos actuales y tamaño familiar. La prueba de ingresos puede establecerse directamente proporcionando recibos de pago, cartas de empleo o formularios de impuestos. La prueba de ingresos puede establecerse indirectamente si los ingresos actuales del solicitante han sido verificados por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York a través del sitio web del mercado de salud NYS of Health.

La documentación requerida puede incluir autodeclaraciones de ingresos en circunstancias apropiadas.

Tras una determinación de aprobación de la asistencia financiera, no se le puede cobrar a un individuo elegible para la FAP más de la tarifa habitualmente pagada por Medicaid por el mismo servicio. Las aprobaciones de asistencia financiera se otorgarán por un período de seis meses y requerirán una reevaluación por parte de un Asesor Financiero al final del período de elegibilidad actual para determinar la elegibilidad continua.

La determinación de elegibilidad se proporciona al paciente por escrito e incluye el método mediante el cual el paciente puede apelar una denegación. La carta de denegación de asistencia financiera explica la base de la denegación e incluye el proceso mediante el cual un paciente puede solicitar una revisión de su determinación de elegibilidad o denegación.

6. Apelación:

Los pacientes que no estén de acuerdo con la determinación de su elegibilidad para la asistencia financiera pueden presentar una apelación interna a través del proceso de apelaciones de asistencia financiera solicitando una revisión de su determinación de elegibilidad. Todas las apelaciones son revisadas por el Director de la Oficina Financiera (o su designado), y se proporciona una respuesta por escrito dentro de los 30 días siguientes a la apelación.

Si el paciente continúa en desacuerdo con la decisión de la apelación, puede elevar la apelación para su revisión por parte del Director Financiero del Hospital (o su designado).

Durante el proceso de apelación, el paciente no es responsable de pagar ninguna factura hospitalaria aplicable.

Si un paciente no está de acuerdo con una determinación de elegibilidad pero no desea apelar a través del Hospital, puede comunicarse con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 800-804-5447.

7. Facturación y Cobranzas:

El Flushing Hospital Medical Center proporciona información sobre la disponibilidad de un programa de asistencia financiera durante la admisión/registro, el proceso de alta, y en todas las facturas y estados de cuenta enviados a los pacientes. Los pacientes de FHMC pueden solicitar acogerse a la asistencia financiera en cualquier momento, incluso durante el proceso de cobranza.

Adicionalmente, el Hospital exige a las agencias de cobranza externas contratadas que proporcionen a los pacientes, siempre que sea posible, un resumen en lenguaje claro de la FAP e información sobre la disponibilidad del programa de asistencia financiera.

El Hospital utiliza el método "prospectivo" establecido por el IRS para determinar los cargos con descuento para las personas elegibles para FA. Específicamente, el Hospital basa los cargos con descuento caritativo en la tarifa de Medicaid, en cumplimiento con las reglas finales de la Política de Asistencia Financiera del IRS.

Además, para los solicitantes con seguro insuficiente elegibles para FA, el Hospital cobrará el porcentaje aplicable del monto que se habría pagado según el costo compartido del seguro del paciente, de acuerdo con las pautas establecidas por el Comisionado de Salud del Estado de Nueva York (NYS).

Según la Ley de Asistencia Financiera del Estado de Nueva York, a partir del 20^{de} octubre de 2024, los montos máximos que se pueden cobrar a los pacientes cuyos ingresos son los siguientes:

Para personas elegibles con ingresos de hasta el 200% del FPL: Cargos condonados, no se adeudan pagos nominales.

Para personas elegibles con ingresos entre el 201% y el 250% del FPL, todos los servicios cubiertos se facturarán al 5% del monto que el Hospital habría recibido como reembolso de Medicaid o que se habría pagado según el costo compartido del seguro del paciente por los mismos servicios.

Para personas elegibles con ingresos entre el 251% y el 300% del FPL, todos los servicios cubiertos se facturarán al 10% del monto que el Hospital habría recibido como reembolso de Medicaid o que se habría pagado según el costo compartido del seguro del paciente por los mismos servicios.

Para personas elegibles con ingresos entre el 301% y el 350% del FPL, todos los servicios cubiertos se facturarán al 15% del monto que el Hospital habría recibido como reembolso de Medicaid o que se habría pagado según el seguro del paciente por los mismos servicios.

Para personas elegibles con ingresos entre el 351% y el 400% del FPL, todos los servicios cubiertos se facturarán al 20% del monto que el Hospital habría recibido como reembolso de Medicaid o que se habría pagado según el seguro del paciente por los mismos servicios.

Cuando Medicaid/el Seguro no proporcione una metodología de reembolso para un servicio médicamente necesario prestado, a los beneficiarios de asistencia financiera se les facturará un porcentaje de los costos hospitalarios basado en los incrementos de descuento de la ayuda financiera.

El Hospital ofrece planes de pago a plazos para el pago de saldos pendientes a los pacientes aprobados para asistencia financiera, o aquellos que expresen dificultades económicas.

Para los solicitantes de FA que califiquen, el Hospital limitará los acuerdos de pago en cuotas mensuales a no más del 5% del ingreso bruto mensual del solicitante.

El Hospital no cobrará más de un 2% de tasa de interés para las personas que califiquen. No hay cláusula de aceleración o similar bajo la cual se active una tasa de interés más alta cuando un paciente no realiza un pago.

El Hospital no participa en actividades extraordinarias de cobranza (ECAs).

El Hospital incluye un aviso por escrito en las facturas y estados de cuenta de los pacientes al menos 30 días antes de remitir la cuenta a cobranza.

El Hospital exige que cualquier agencia de cobranza con la que contrate siga las políticas de asistencia financiera del hospital.

Se prohíbe la cobranza contra cualquier paciente que fuera elegible para Medicaid en el momento en que se prestaron los servicios.

El Hospital no fuerza la venta o ejecución hipotecaria de la vivienda principal de un paciente para cobrar una factura pendiente.

El Hospital no venderá la deuda de un paciente a un tercero a menos que el tercero condone la deuda.

Cualquier cuenta remitida a cobranza en la que un paciente exprese interés en solicitar asistencia financiera será remitida al Hospital para el procesamiento de la solicitud.

Todas las agencias de cobranza contratadas que trabajen en nombre del Hospital deben obtener el consentimiento por escrito del hospital antes de iniciar acciones legales.

No se presentarán demandas judiciales para cobrar saldos impagos antes de 180 días a partir de la primera factura médica, independientemente de la elegibilidad del paciente para la asistencia financiera.

El Hospital no presentará demandas contra pacientes que ganen hasta el 400% del FPL para cobrar facturas médicas impagas.

Para iniciar una acción legal contra un paciente, el Director Financiero proporcionará una declaración jurada firmada de que el hospital ha determinado que los ingresos del paciente están por encima del 400% del FPL.

El Hospital tiene prohibido vender cualquier deuda de paciente, independientemente de su elegibilidad para asistencia financiera, a un tercero, a menos que el tercero tenga la intención de condonar toda la deuda y no tenga la intención de continuar con las cobranzas. El Hospital es responsable de determinar que cualquier comprador de deuda lo haga con el propósito expreso de absolver la deuda.

Los pacientes con saldos de cuenta considerados como su responsabilidad pueden estar sujetos a que el Hospital haga valer un gravamen sobre todos y cada uno de los derechos de acción, demandas, reclamaciones, contrademandas, exigencias o acuerdos de cualquier naturaleza que puedan estar relacionados con o ser el resultado de lesiones personales sufridas antes de recibir tratamiento, atención y/o servicios en el Hospital, de conformidad con la Sección 189 de la Ley de Gravámenes del Estado de Nueva York, y cualquier otra ley, regla o reglamento aplicable.

Las cuentas de pacientes sobre las cuales se haya presentado un Gravamen Hospitalario no son elegibles para cobertura bajo este Programa sin una revisión, consideración y subsiguiente acuerdo independientes entre el Hospital y el paciente/fiador.

Reporte y Cumplimiento:

La FAP de FH, la política de atención médica de emergencia y la política de facturación y cobranzas han sido adoptadas por el órgano autorizado de la organización (Junta Directiva/Patronato).

FHMC, como condición para participar en los Fondos Comunes de Atención a Indigentes, certifica mediante declaración jurada de un contador público independiente autorizado que el Hospital cumple con las leyes de reporte.

El Departamento de Finanzas del Hospital presenta un informe de costos de asistencia financiera anualmente al Departamento de Salud del Estado de Nueva York y a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

Los datos del informe de costos de asistencia financiera se recopilan directamente de los informes de registro generados por el sistema de registros médicos electrónicos del Hospital.

El informe de costos de asistencia financiera incluye lo siguiente:

- El Hospital proporcionará los costos incurridos y los montos no cobrados en la prestación de servicios a pacientes elegibles sin seguro;
- La cantidad de atención proporcionada por un monto de pago nominal;
- Los costos hospitalarios incurridos y los montos no cobrados por deducibles y coseguros para pacientes elegibles con seguro u otra cobertura de pagador externo;
- El número de pacientes organizados por código postal, que solicitaron asistencia financiera;
- La información demográfica del paciente, incluyendo su edad, género, raza, origen étnico y estado del seguro
- El número de solicitudes aprobadas y el número denegadas;
- El reembolso recibido por atención a indigentes del Fondo Común de Atención a Indigentes;
- La cantidad de fondos que se han gastado en atención caritativa proveniente de legados benéficos realizados o fideicomisos establecidos con el propósito de proporcionar asistencia financiera a pacientes que son elegibles de acuerdo con los términos de dichos legados o fideicomisos;
- El número de solicitudes de elegibilidad bajo Medicaid que el hospital ayudó a los pacientes a completar y el número denegadas y aprobadas;
- Las pérdidas financieras del hospital resultantes de los servicios prestados bajo Medicaid, y;
- El número de gravámenes impuestos sobre las residencias principales de los pacientes a través del proceso de cobranza utilizado por el hospital.

Aseguración de calidad:

Anualmente, el Departamento de Auditoría Interna seleccionará aleatoriamente quince (15) cuentas de autopago/asistencia financiera y analizará si el personal designado del hospital ha cumplido con todas las políticas y procedimientos de asistencia financiera al establecer la elegibilidad y/o determinar el estado de la cuenta. Estas revisiones se utilizarán para garantizar el cumplimiento y para mejorar el proceso de asistencia financiera, cuando sea necesario.

Capacitación del Personal:

El Departamento de Recursos Humanos incluye información y capacitación sobre el programa de asistencia financiera del Hospital en su orientación para nuevos empleados y en su revisión anual de reorientación del personal.

El Departamento de Acceso del Paciente proporciona capacitación sobre seguros y registro al personal responsable de interactuar con los pacientes o ayudar en la solicitud de asistencia financiera.