

## MAIMONIDES MEDICAL CENTER

### ASUNTO: POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL AMBULATORIOS

#### I. POLÍTICA

- A. Maimonides Medical Center (“Maimonides” o el “Hospital”) se esfuerza por proporcionar servicios de asistencia en salud de alta calidad a cada paciente que viene a una de nuestras instalaciones, sin importar su capacidad de pago. Esta Política de Asistencia Financiera de Servicios de Salud Mental Ambulatorios (“FAP” o la “Política”) implementa el programa de asistencia financiera de Maimonides para servicios de salud mental ambulatorios, por medio del cual los pacientes que no tienen cobertura de seguro, han agotado sus beneficios de seguro de salud, y se consideran elegibles para asistencia financiera en cumplimiento con esta Política pueden acceder a cuidado de salud mental ambulatorio médicamente necesario de manera gratuita o con descuento.
- B. Esta Política aplica a servicios de salud mental ambulatorios proporcionados a pacientes elegibles. Las tarifas para servicios de salud mental de emergencia, servicios psiquiátricos de hospitalización, servicios complementarios relacionados y otros servicios médicos se establecen en la Política FIN-28 (Revisado), “Política de Asistencia Financiera.”
- C. Para servicios de salud mental ambulatorios médicamente necesarios, los pacientes elegibles bajo esta Política incluyen pacientes de bajos ingresos que residen en los cinco boroughs de la ciudad de Nueva York (condados de Kings, New York, Queens, Richmond y Bronx) que no tienen seguro o han agotado sus beneficios de seguro de salud. Los criterios financieros para elegibilidad para cuidado gratuito o con descuento bajo esta Política se describen en más detalle abajo y en el anexo adjunto de escala de tarifas variable. **Pacientes con ingresos menores a 300% del nivel de pobreza federal se presumen elegibles para asistencia bajo la FAP, con base en información descrita en la Sección III, abajo.** Puede haber asistencia financiera disponible, determinada caso por caso, para pacientes que tienen seguro que no cubre el costo total de sus servicios (es decir, se encuentran “subasegurados”) o no cumplen con los criterios de elegibilidad financiera pero enfrentan costos médicos extraordinarios.
- D. Maimonides publica ampliamente su FAP de acuerdo con esta Política.

Maimonides pone a disposición esta FAP, el formato de solicitud FAP y un resumen de la FAP (“Resumen en lenguaje sencillo”) en una página designada de

Asistencia Financiera en el sitio web de Maimonides (<http://www.maimonidesmed.org/main/FinancialInformation.aspx>). Copias impresas de estos documentos se encuentran disponibles a solicitud y sin costo, por correo y en lugares públicos en el Hospital, incluyendo áreas de admisiones y puntos de servicio al paciente.

Maimonides notifica e informa a los pacientes del Hospital sobre la FAP: ofreciendo una copia impresa del Resumen en lenguaje sencillo como parte del ingreso y registro; incluyendo aviso escrito en los estados de cuenta que informa a los receptores sobre la disponibilidad de asistencia financiera bajo la FAP e incluye el número telefónico de la Caja/Registro de Psiquiatría y la dirección del sitio web directo donde se pueden encontrar copias de la FAP, el formulario de solicitud FAP y el Resumen en lenguaje sencillo; y exhibidores públicos visibles que informan a los pacientes sobre la FAP en lugares públicos en el Hospital, incluyendo áreas de admisiones y puntos de servicio al paciente. Los pacientes serán informados de la FAP de Maimonides por medio de señales en varios idiomas.

Adicionalmente, la FAP, el formulario de solicitud FAP y el Resumen en lenguaje sencillo serán traducidos a los idiomas principalmente hablados por las poblaciones con un Dominio Limitado del Inglés (“LEP” por sus siglas en inglés) que son atendidas por el Hospital cada año, incluyendo el idioma hablado por cada grupo de idiomas LEP que constituye el menor entre 1.000 personas o 5 por ciento de la comunidad atendida por el Hospital o la población que probablemente se verá afectada por o tendrá contacto con el Hospital. Maimonides también notificará e informará a los miembros de la comunidad atendida por el Hospital que ofrece asistencia financiera bajo la FAP, y dónde obtener más información y documentos relacionados con la FAP, de una manera que los miembros de la comunidad puedan entender (incluyendo traducciones a idiomas relevantes).

Pacientes con preguntas específicas sobre la asistencia financiera recibirán el Resumen en lenguaje sencillo, serán informados de la información relacionada en el sitio web de Maimonides Medical Center, y serán referidos a un *Cajero/Registrador*. Cuando una persona indique que prefiere acceder a los documentos o información sobre la FAP de manera electrónica, Maimonides puede proporcionar esos documentos o información de manera electrónica (incluyendo en un monitor electrónico, por correo electrónico o proporcionando la dirección del sitio web directo o URL, de la página web donde se encuentra publicado el documento o información).

- E. Como condición de elegibilidad, los pacientes [y para pacientes que son menores de edad, su(s) padre(s) y/o tutor(es)] deben proporcionar la documentación necesaria para determinar elegibilidad para programas de seguro de patrocinio público y/o la solicitud de asistencia financiera y de otra manera cooperar plenamente con el personal que lo ayuda en los procesos de solicitud respectivos.
- F. En la medida en que los pacientes sean elegibles para un programa de seguro de patrocinio público [por ejemplo: Medicaid, Child Health Plus (“CHP”), Prenatal

Care Assistance Program], los pacientes deben utilizar ese programa para cubrir su tratamiento en lugar del programa de asistencia financiera de Maimonides. En la medida en que los pacientes sean elegibles para seguro por medio del Mercado establecido bajo la Ley de Cuidado Asequible, los pacientes deben utilizar el seguro obtenido por medio del Mercado para cubrir su tratamiento en lugar del programa de asistencia financiera de Maimonides.

- G. Pacientes con HMO o seguro comercial que no sea aceptado por Maimonides no son elegibles para asistencia financiera, a menos que el paciente haya agotado sus beneficios de seguro.
- H. Puede haber disponible asistencia financiera, determinada caso por caso, para copagos y deducibles para pacientes que no cumplan con criterios de elegibilidad financiera pero que enfrenten costos médicos extraordinarios.
- I. Esta Política no cubre lo siguiente:
  - Ítems que no sean médicamente necesarios;
  - Ítems sin beneficio clínico o terapéutico; y
  - Servicios no facturados por Maimonides (por ejemplo, servicios de anestesia y servicios profesionales prestados por médicos), diferentes a servicios prestados por entidades sustancialmente relacionadas con el Hospital, según se define el término bajo las regulaciones federales.

El adjunto B de esta Política indica los proveedores que prestan cuidado de emergencia u otro cuidado médicamente necesario en el Hospital que se encuentran cubiertos por esta FAP, y aquellos no cubiertos por la FAP.

## II. **RESPONSABILIDAD**

- A. Los *Cajeros/Registradores (Psiquiatría)* son responsables por obtener Formularios de solicitud FAP, y prueba de ingreso de los pacientes.
- B. El *Director de Operaciones Financieras (Psiquiatría)* revisará la solicitud y establecerá la tarifa apropiada.
- C. El Vicepresidente Sénior de Finanzas, Director de Reembolso será responsable de revisar cualquier apelación por escrito de las decisiones del *Director de Operaciones Financieras (Psiquiatría)*.

## III. **PROCEDIMIENTOS**

### 1. *Procedimientos de solicitud generales*

- A. Para obtener ayuda en el proceso de solicitud FAP, aplicar para asistencia financiera bajo la FAP u obtener información adicional sobre la FAP, una persona

puede contactar al Cajero/Registrador de Psiquiatría al (718) 283-8177, ubicado en 920 48th Street, Brooklyn, NY 11219.

- B. Cuando una persona solicite asistencia financiera, él o ella será referido a un *Cajero/Registrador* para evaluación. El *Cajero/Registrador*:
1. Discutirá varias alternativas disponibles para el paciente [por ejemplo: programas de seguro de patrocinio público, arreglos de pagos en cuotas, tarifas con descuento, escalas variables, cuidado gratuito] con base en la información recibida.
  2. En circunstancias adecuadas:
    - (a) completará una solicitud y la presentará al Departamento Local de Servicios Sociales o al Mercado en nombre del paciente; o
    - (b) referirá al paciente a la oficina de Medicaid local adecuada o al Navegador para completar una solicitud CHP.
  3. Evaluará si el paciente puede ser elegible para descuentos adicionales o financiación que puede estar disponible por medio de subvenciones o programas especiales en Maimonides independientes de esta Política.
  4. Si es adecuado, proporcionará una solicitud FAP para que el solicitante la complete. A solicitud, el *Cajero/Registrador* proporcionará asistencia a los pacientes para entender las políticas de asistencia financiera y completar la solicitud en su nombre durante una entrevista presencial a solicitud.
- C. Los formularios de solicitud serán traducidos de acuerdo con la Sección I, arriba. Adicionalmente, servicios de traducción estarán disponibles para todos los pacientes que requieran dichos servicios para acceder a asistencia financiera en Maimonides. El personal accederá los servicios de traducción de acuerdo con AD-120 Servicios de Traducción e Interpretación.
- D. Los formularios de solicitud FAP incluirán un aviso para los pacientes en el sentido que con la presentación de una solicitud completa, incluyendo cualquier información o documentación necesaria para determinar la elegibilidad del paciente bajo esta Política, el paciente puede ignorar cualquier factura hasta que Maimonides tome una decisión sobre la solicitud.
- E. Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera durante al menos 240 días a partir de la fecha de entrega de la primera factura después de ser dado de alta. (Vea FIN-55, Política de facturación y cobro para más información sobre los periodos de solicitud). Las solicitudes para no exigir estos requerimientos podrán dirigirse al Director de Operaciones Financieras (Psiquiatría) para revisión.
- F. Los pacientes no serán elegibles para asistencia financiera si ellos [o para pacientes que son menores de edad, su(s) padre(s) y/o tutor(es)] proporcionan información falsa durante el proceso de solicitud.

## 2. Criterios de elegibilidad para asistencia financiera

- A. El cargo máximo que se puede cobrar a un paciente que recibe cuidado de salud mental médicamente necesario ambulatorio en el Hospital, y es elegible para asistencia financiera bajo esta FAP es conocido como el Monto facturado en general (“AGB”). Para servicios de salud mental ambulatorios, Maimonides establece el AGB como el monto total que Medicaid permitiría. En virtud de la lista de tarifas con descuento descrita en el Anexo A, los descuentos ofrecidos a pacientes elegibles bajo la FAP son menores o iguales al AGB. Luego de determinar la elegibilidad para FAP, no se le podrá cobrar a una persona elegible bajo la FAP más que el AGB por cuidado médicamente necesario o de emergencia.
- B. Según se describe en más detalle abajo, la elegibilidad se basará en la siguiente información:
- Lugar de residencia;
  - Ingreso anual antes de impuestos;
  - Tamaño de la familia.

La información proporcionada en la solicitud del paciente para un programa de seguro de patrocinio público será usada para obtener estos datos. Si no se ha hecho una solicitud tal o no se encuentra disponible, la información necesaria para determinar la elegibilidad para asistencia financiera debe ser proporcionada por el paciente. Si falta cualquier información requerida, se informará a los pacientes de la información faltante en persona, por teléfono o por correo.

- C. Un *Cajero/Registrador* aceptará la solicitud completa y la documentación de soporte del paciente y la enviará al *Director de Operaciones Financieras (Psiquiatría)* que establecerá la tarifa adecuada con base en los criterios establecidos (descritos abajo y establecidos en la escala de tarifas variable actual en el Adjunto a esta Política) y hará este cálculo completando la Hoja de determinación de la tarifa.
- D. Los criterios para determinar la tarifa incluirán un análisis del “Tamaño de la familia” e “Ingreso” del paciente utilizando la escala de tarifas variable actual.
- Tamaño de la familia. Si el paciente es un adulto, el tamaño de la familia del paciente se calcula sumando el paciente, el cónyuge del paciente (de haberlo y si reside con el paciente) y cualquier dependiente del paciente o del cónyuge del paciente. Si el paciente es un niño, el tamaño de la familia del paciente se calcula sumando el paciente, el(los) padre(s) y/o tutor(es) con quien(es) el paciente reside, y cualquier dependiente del (de los) padre(s) y/o tutor(es) del paciente con quien el paciente reside (diferentes al paciente). Una mujer embarazada cuenta como dos miembros de la familia.

- Ingreso anual antes de impuestos. Si el paciente es un adulto, el ingreso anual antes de impuestos de la familia es la suma del ingreso del paciente y del cónyuge del paciente (de haberlo y si reside con el paciente). Si el paciente es un menor de edad, el ingreso anual antes de impuestos de la familia es el ingreso del (de los) padre(s) y/o tutor(es) del paciente con quien(es) el paciente reside. El ingreso se basa en el cálculo de los ingresos de las últimas cuatro semanas antes de la fecha de servicio.
- El ingreso anual antes de impuestos será el total de las siguientes fuentes de ingreso, según se evidencia en la documentación requerida en la solicitud FAP:
  1. Salario / sueldo antes de deducciones. Si el paciente no ha presentado una solicitud para un programa de seguro de patrocinio público o dicha solicitud no se encuentra disponible, el paciente debe proporcionar comprobantes de pago de las cuatro semanas anteriores, que se utilizarán para extrapolar el salario/sueldo del paciente para el año calendario actual.
  2. Asistencia pública.
  3. Beneficios de seguridad social.
  4. Compensación por desempleo y compensación al trabajador.
  5. Beneficio a veteranos.
  6. Alimentos / manutención.
  7. Otro apoyo monetario
  8. Pagos de pensión.
  9. Seguros o pagos de anualidades.
  10. Dividendos/intereses.
  11. Ingreso por arrendamiento.
  12. Ingreso comercial neto (si es trabajador independiente, debe ser verificado por fuente independiente).
  13. Otro (beneficios por huelga, becas de capacitación, asignaciones para familia de militares, ingreso de herencias y fideicomisos).

La fuente del ingreso debe calcularse sumando los montos realmente recibidos, contrario a los montos a los que la persona puede tener derecho pero no se le están pagando (por ejemplo, cuando el ex cónyuge de un paciente no paga manutención de menores, o hay pagos de seguro o pensión en disputa).

La documentación completa, incluyendo una solicitud completada y todos los documentos de soporte, serán presentados por el *Cajero/Registrador* al *Director de Operaciones Financieras (Psiquiatría)*.

Dentro de 30 días de recibo de la solicitud completa para asistencia financiera y todos los documentos requeridos, el *Director de Operaciones Financieras (Psiquiatría)* notificará al paciente por escrito si la solicitud de asistencia financiera ha sido aprobada o negada.

**3. Proceso para revisión de solicitudes y apelaciones**

- A. Si la solicitud de asistencia financiera ha sido aprobada, se informará al paciente del porcentaje de descuento al cual tiene derecho y recibirá una explicación detallada de las sumas adeudadas. Si la solicitud de asistencia financiera ha sido negada, el aviso escrito describirá cómo apelar la negación e incluirá información sobre cómo contactar al Departamento de Salud. Los avisos de negación FAP también deben detallar la base de la negación. En casos en que se realice una entrevista presencial, se informará a los pacientes inmediatamente de la aprobación de solicitud y el monto del descuento que el paciente recibirá o de la negación de la solicitud. En tales casos el aviso escrito también es enviado por correo al hogar del paciente. Toda la documentación incluyendo la solicitud y material de soporte relacionado será mantenida en archivo por el *Director de Operaciones Financieras (Psiquiatría)* o su persona designada.
- B. Las decisiones del *Director de Operaciones Financieras (Psiquiatría)* podrán ser apeladas por escrito o en persona, con cita previa, dirigida al *Director de Reembolsos*. Las apelaciones escritas se deben enviar a:
- Director de Reembolsos  
Maimonides Medical Center  
4802 Tenth Avenue  
Brooklyn, N.Y. 11219
- C. El *Director de Reembolsos* revisará las apelaciones y recomendará la reconsideración de la solicitud por parte del *Director de Operaciones Financieras (Psiquiatría)* o la negará. Si se recomienda la reconsideración de la solicitud de apelación, el *Director de Reembolsos* consultará con el *Director de Operaciones Financieras (Psiquiatría)* y la decisión resultante será definitiva. El *Director de Reembolsos* se esforzará por tomar decisiones sobre la apelación dentro de 10 días hábiles siguientes a la recepción de la apelación de un paciente [es decir, luego de recibir una apelación por carta o en persona]. El *Director de Reembolsos* informará al *Cajero/Registrador* y al paciente, por escrito, sobre la tarifa adecuada, y si se niega la solicitud, el *Director de Reembolsos* informará al *Director de Operaciones Financieras (Psiquiatría)* y al paciente de la negación.
- D. La tarifa aplicable estará vigente hasta el 15 de abril de cada año, fecha después de la cual el paciente tendrá que volver a presentar una solicitud.
- E. El *Cajero/Registrador* no procesará recibos de visitas a menos del cargo pleno hasta que se establezca una tarifa reducida según esta Política.
- F. A solicitud, los pacientes que reciben asistencia financiera tendrán la oportunidad de obtener un arreglo de pago en cuotas sin intereses. El pago mensual no será mayor al 10% del ingreso mensual bruto del paciente. No se cobrarán intereses sobre el saldo por pagar aun si no se paga una cuota. No se acelerarán los pagos en caso que no se pague una cuota.

#### IV. **POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO SEPARADA**

Las acciones que Maimonides puede tomar en caso de impago se describen en la Política de facturación y cobro separada (FIN-55). Esta política se encuentra disponible en una página designada de Asistencia Financiera en el sitio web de Maimonides (<http://www.maimonidesmed.org/main/FinancialInformation.aspx>). Copias impresas de esta política se encuentran disponibles a solicitud y sin costo, por correo y en lugares públicos en el Hospital, incluyendo la Sala de Emergencias, áreas de admisiones y puntos de servicio al paciente.

#### V. **ACCESO A CUIDADO MÉDICO DE EMERGENCIA**

No habrá discriminación en la prestación de un examen médico y tratamiento de estabilización necesario en contra de aquellos elegibles para asistencia financiera bajo esta política. Vea FIN-34 EMTALA – Política de examen médico y estabilización. Maimonides proporciona, sin discriminación, asistencia a personas para condiciones médicas de emergencia, independiente de si son elegibles para asistencia financiera bajo esta FAP. Vea FIN-34 EMTALA – Política de examen médico y estabilización.

#### VI. **EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO CON LA LEY**

El Departamento de Auditoría Interna evaluará el cumplimiento con la Ley de Asistencia Financiera y esta política al menos una vez al año. Los resultados de dicha auditoría serán compartidos con el Vicepresidente Sénior (SVP) para Cuentas de Pacientes, el SVP de Finanzas (Servicios Financieros) y el Vicepresidente Ejecutivo (EVP) de Asuntos Jurídicos y el Director de Cumplimiento.

#### VII. **CONTROLES**

- A. Todo el personal que interactúa con los pacientes o que tiene responsabilidad de facturación y cobro recibirá una copia de esta Política y será capacitado en el procedimiento apropiado para el programa de asistencia financiera. El personal también será informado periódicamente sobre descuentos adicionales o financiación que pueda estar disponible por medio de subvenciones especiales o programas separados del programa general de asistencia financiera. Cualquier pregunta adicional del personal sobre esta Política se debe dirigir al *Director de Operaciones Financieras (Psiquiatría)* al (718) 283-8177.
- B. El *Director de Operaciones Financieras (Psiquiatría)* revisará periódicamente que los registros maestros y cuentas de los pacientes se adhieran al protocolo de asistencia financiera establecido en esta Política.
- C. El *Vicepresidente Sénior de Finanzas, Director de Reembolsos* instruirá a los Jefes de Departamento adecuados para que revisen el protocolo de asistencia financiera establecido en esta Política cuando se aprueben cambios o sean ordenados por agencias regulatorias.



## Programas de asistencia financiera de psiquiatría

### Tabla de escala de tarifas variable 2018

Tarifa ambulatoria por visita	Medicaid	\$0.00	\$10.00	\$15.00	\$20.00	\$35.00	\$40.00	\$45.00	\$50.00	\$75.00	\$105.00	\$110.00	Plena
Tarifa por receta médica y laboratorio por receta médica o examen **	Elegible *	\$20.00	\$20.00	\$20.00	\$20.00	\$25.00	\$30.00	Plena	Plena	Plena	Plena	Plena	Plena
Porcentaje de pobreza		100%	125%	150%	175%	200%	214%	228%	243%	257%	272%	286%	300%
Tamaño de la familia	0	12,141	15,176	18,211	21,246	24,281	29,389	34,497	39,605	44,677	49,785	54,893	60,001
1	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	más
		12,140	15,175	18,210	21,245	24,280	29,388	34,496	39,604	44,676	49,784	54,892	60,000
	0	16,461	20,576	24,691	28,806	32,921	37,651	42,382	47,112	51,810	56,540	61,271	66,001
2	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	más
		16,460	20,575	24,690	28,805	32,920	37,650	42,381	47,111	51,809	56,539	61,270	66,000
	0	20,781	25,976	31,171	36,366	41,561	45,771	49,981	54,191	58,371	62,581	66,791	71,001
3	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	más
		20,780	25,975	31,170	36,365	41,560	45,770	49,980	54,190	58,370	62,580	66,790	71,000
	0	25,101	31,376	37,651	43,926	50,201	53,890	57,580	61,269	64,933	68,622	72,312	76,001
4	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	más
		25,100	31,375	37,650	43,925	50,200	53,889	57,579	61,268	64,932	68,621	72,311	76,000
	0	29,421	36,776	44,131	51,486	58,841	62,010	65,179	68,348	71,494	74,663	77,832	81,001
5	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	más
		29,420	36,775	44,130	51,485	58,840	62,009	65,178	68,347	71,493	74,662	77,831	81,000
	0	33,741	42,176	50,611	59,046	67,481	70,129	72,778	75,426	78,056	80,704	83,353	86,001
6	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	más
		33,740	42,175	50,610	59,045	67,480	70,128	72,777	75,425	78,055	80,703	83,352	86,000
	0	38,061	47,576	57,091	66,606	76,121	78,392	80,663	82,934	85,188	87,459	89,730	92,001
7	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	más
		38,060	47,575	57,090	66,605	76,120	78,391	80,662	82,933	85,187	87,458	89,729	92,000
	0	42,381	52,976	63,571	74,166	84,761	86,511	88,262	90,012	91,750	93,500	95,251	97,001
8 ***	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	más
		42,380	52,975	63,570	74,165	84,760	86,510	88,261	90,011	91,749	93,499	95,250	97,000

\*Los pacientes en esta categoría son elegibles para Medicaid; si no se encuentran inscritos en Medicaid, deben solicitar asistencia al aplicar.

\*\*El Director de Reembolsos puede tener consideración adicional en circunstancias que impliquen múltiples recetas médicas o exámenes de laboratorio.

\*\* Los pacientes elegibles para Medicare Parte D no son elegibles para un descuento en recetas médicas.

\*\*\*Para cada miembro de la familia adicional, agregue \$4,320 al número base

Todos los pacientes deben pagar las tarifas indicadas.

En casos individuales donde el paciente indique una dificultad especial para pagar, su solicitud completada y documentación debe ser referida al Director de Reembolsos o su persona designada.