

MAIMONIDES MEDICAL CENTER

CÓDIGO: FIN-028 (Reeditado)

FECHA: 4 de mayo de 2018

EMITIDO INICIALMENTE: 21 de marzo de 2005

ASUNTO: POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

I. POLÍTICA

Maimonides Medical Center (“Maimonides” o el “Hospital”) se esfuerza por ofrecer servicios de asistencia en salud de alta calidad a todo paciente que visita una de nuestras instalaciones, independientemente de su capacidad de pagar. La Política de Asistencia Financiera (“FAP” por sus siglas en inglés, o la “Política”) implementa el programa de asistencia financiera de Maimonides, por medio del cual los pacientes que no tienen seguro médico, han agotado sus beneficios de seguro médico, y se consideran elegibles para recibir asistencia financiera en cumplimiento con esta Política pueden acceder a cuidado de emergencia y otro cuidado médicamente necesario sin costo o a un costo con descuento.

II. ACCESO A INFORMACIÓN

Maimonides difunde ampliamente su FAP de acuerdo con esta Política.

Maimonides pone a disposición esta FAP, el formulario de solicitud FAP y un resumen de la FAP (“resumen en lenguaje sencillo”) en una página de Asistencia Financiera designada en el sitio web de Maimonides (<http://www.maimonidesmed.org/main/FinancialInformation.aspx>). Se encuentran disponibles copias impresas de estos documentos a solicitud y sin costo, por correo y en lugares públicos en el Hospital, incluyendo la Sala de Emergencias, las 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 un aviso escrito sobre los estados de cuenta que informa a los destinatarios sobre la disponibilidad de asistencia financiera bajo la FAP e incluye el número telefónico del Departamento de Servicios Financieros del Hospital y la dirección directa del sitio web donde se pueden obtener copias de la FAP, formulario de solicitud de FAP y el resumen en lenguaje sencillo; y exhibidores públicos visibles que informan a los pacientes sobre la FAP en lugares públicos dentro del Hospital, incluyendo la Sala de Emergencias y las áreas de admisiones. Los pacientes serán informados de la FAP de Maimonides por medio de señalización en múltiples idiomas.

Adicionalmente, la FAP, el formulario de solicitud de 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 del Maimonides Medical Center, y serán referidos a un Asesor Financiero. Cuando una persona indique que prefiere acceder documentos o información sobre FAP de manera electrónica, Maimonides podrá proporcionar dichos documentos o información de manera electrónica (incluyendo en un monitor electrónico, por correo electrónico o proporcionando una dirección de sitio web directa o URL, de la página web donde se encuentra publicado el documento o información).

III. ASISTENCIA FINANCIERA

A. Elegibilidad

Las personas que cumplan con los siguientes criterios son elegibles para recibir atención gratuita o a un costo con descuento bajo esta Política:

Para servicios no de emergencia médicamente necesarios, residentes de bajos ingresos de los cinco boroughs de la ciudad de Nueva York (condados de Kings, New York, Queens, Richmond y Bronx) que no tengan seguro o que hayan agotado sus beneficios de seguro médico son elegibles para recibir asistencia financiera.

Para servicios de emergencia, los residentes de bajos ingresos del estado de Nueva York que no tienen seguro o quienes han agotado sus beneficios de seguro médico son elegibles.

El cargo máximo que se puede cobrar a un paciente que recibe cuidado médicamente necesario de emergencia u otro en el Hospital, y es elegible para asistencia financiera bajo esta FAP es conocido como el Monto Facturado en General (“AGB” por sus siglas en inglés). Maimonides establece el AGB igual al monto total permitido por Medicaid (para cuidado de hospitalización) y el monto total permitido por Medicare (para cirugía ambulatoria, clínica, sala de emergencia, servicios ambulatorios referidos y complementarios). En virtud de las listas de cargo con descuento descritas en los Adjuntos A y B, los descuentos ofrecidos a los

pacientes elegibles para la FAP bajo la FAP son menores o iguales al AGB. Luego de determinar la elegibilidad bajo la FAP, no se le puede cobrar a una persona elegible bajo la FAP más del AGB por cuidado de emergencia o cuidado médicamente necesario.

Los criterios financieros para elegibilidad y descuentos bajo la FAP se describen en más detalle abajo y en los Adjuntos A y B. **Pacientes con ingresos por debajo de 300% del nivel Federal de Pobreza se presumen elegibles para asistencia bajo la FAP, con base en información descrita en la Sección III.D, abajo.** Una condición adicional de elegibilidad es que los pacientes (y para menores de edad, su(s) padre(s) y/o tutor(es)) proporcionen la documentación necesaria para la solicitud de asistencia financiera, y de otra manera cooperen plenamente con el personal que los ayuda en el proceso.

En la medida en que los pacientes sean elegibles para un programa de seguro de patrocinio público (por ejemplo, Medicaid, Child Health Plus (“CHP”), Programa de Asistencia de Cuidado Prenatal), los pacientes deben utilizar ese programa para cubrir su tratamiento en lugar de utilizar el programa de asistencia financiera de Maimonides. Los pacientes que busquen asistencia financiera (y para los pacientes que sean menores de edad, su(s) padre(s) y/o tutor(es)) deben proporcionar al Hospital toda la información y documentación solicitada para determinar la elegibilidad para un programa de seguro de patrocinio público. Una vez que el paciente haya solicitado cobertura bajo un programa de seguro de patrocinio público, él o ella será elegible para asistencia financiera de Maimonides hasta la fecha en que el paciente sea considerado cubierto por el otro programa, siempre y cuando él o ella sea elegible de otra manera para asistencia financiera.

Puede otorgarse asistencia financiera, según se determine según el caso, para pacientes que no cumplan con los criterios de elegibilidad financiera pero se enfrenten a costos médicos extraordinarios. Las solicitudes para asistencia financiera en estas circunstancias se dirigirán al Departamento de Servicios Financieros a la dirección 983 48th Street, Brooklyn, NY 11219, (718) 283-7790.

Los pacientes con HMO/seguros comerciales que no sean aceptados en el Maimonides Medical Center no son elegibles para asistencia financiera, a menos que el paciente haya agotado sus beneficios del seguro.

Los pacientes no serán elegibles para asistencia financiera si el Departamento de Servicios Financieros determina que el paciente ha suministrado información falsa (o para pacientes que sean menores de edad, por su(s) padre(s) y/o tutor(es)) en el proceso de solicitud.

B. Servicios cubiertos

El programa de asistencia financiera de Maimonides cubre servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios en el Maimonides Medical Center. Se utilizan las pautas de Medicare para determinar si los servicios son médicamente necesarios. Servicios complementarios ordenados en conexión con visitas a la clínica serán cobrados a la tasa porcentual de la escala variable que corresponda a dicha visita a la clínica.

Esta Política no cubre lo siguiente:

- Ítems que no sean médicamente necesarios (por ejemplo, procedimientos cosméticos);
- Ítems sin beneficio clínico o terapéutico (por ejemplo, cargos por el uso del teléfono, televisión, y cargos diferenciales por habitación privada);
- Servicios no cobrados por el Hospital (por ejemplo, servicios de anestesia y servicios profesionales de médicos y contratistas independientes, tales como enfermeras privadas, servicios de cuidado en el hogar, y servicios de camioneta para discapacitados), diferentes a los servicios prestados por entidades sustancialmente relacionadas del Hospital, según se define el término bajo las regulaciones federales; y
- Copagos y deducibles.

Los pacientes que clasifiquen para Medicaid de emergencia como pacientes hospitalizados en Maimonides son elegibles para una visita postoperatoria a la clínica sin costo y cualquier servicio complementario relacionado dentro de los 90 días siguientes a la cirugía, y no deben completar la solicitud de documentación para ser elegibles para esa visita.

Los pacientes que sean vistos en la Sala de Emergencias pero que no sean admitidos para hospitalización son elegibles para una visita de seguimiento en la clínica sin costo para la condición específica que fue la razón para la visita a la Sala de Emergencias, y no deben completar la solicitud de documentación para ser elegibles para esa visita.

Los servicios de salud mental ambulatorios se encuentran cubiertos bajo FIN-29, "Política de Servicios Financieros de Salud Mental Ambulatoria", y no bajo esta Política. Esta Política cubre los servicios de hospitalización para salud mental y servicios complementarios relacionados.

El adjunto C de esta Política indica los proveedores que prestan cuidado de emergencia u otros servicios médicamente necesarios en el Hospital que se encuentran cubiertos bajo esta FAP, y aquellos que no se encuentran cubiertos bajo la FAP.

C. Procedimientos generales para la solicitud

Para obtener ayuda en el proceso de solicitud de la FAP, solicitar asistencia financiera bajo la FAP, u obtener información adicional sobre la FAP, una persona puede contactar al Departamento de Servicios Financieros del Hospital al (718) 283-7790, ubicado en 983 48th Street, Brooklyn, NY 11219.

Cada persona que solicite asistencia financiera será referida a un Asesor Financiero para su evaluación. El Asesor Financiero:

1. Discutirá varias alternativas disponibles para el paciente (por ejemplo, programas de seguro de patrocinio público, arreglos de pago, cargos con descuento, escalas variables, cuidado gratuito) con base en la información recibida.
2. En circunstancias adecuadas, (a) diligenciará una solicitud para Medicaid y la presentará al Departamento Local de Servicios Sociales en nombre del paciente; o (b) referirá al paciente a la oficina local de Medicaid adecuada para diligenciar una solicitud CHP.
3. Evaluará si el paciente puede ser elegible para descuentos o financiación adicionales que pueden estar disponibles por medio de subvenciones especiales o programas en Maimonides Medical Center separados del programa de asistencia financiera general.
4. Si es pertinente, proporcionará una solicitud de asistencia financiera para que el solicitante la diligencie. A solicitud, el Asesor Financiero proporcionará asistencia a los pacientes para entender las políticas de asistencia financiera y diligenciará la solicitud en su nombre durante una entrevista presencial.

Los formularios de solicitud FAP serán traducidos, de acuerdo con la Sección II, arriba. Adicionalmente, servicios de traducción estarán disponibles para todos los pacientes que los requieran para acceder a la asistencia financiera en el Hospital. El personal accederá los servicios de traducción de acuerdo con los Servicios de Traducción e Intérprete AD-120.

Los formularios de solicitud incluirán un aviso para los pacientes que indique que una vez se presente una solicitud diligenciada, incluyendo cualquier información o documentación requerida para determinar la elegibilidad del paciente bajo la Política, el paciente puede ignorar cualquier factura hasta que el Hospital haya tomado una decisión sobre la solicitud.

Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera al menos por 240 días a partir de la fecha en que se entregue la primera factura después de ser dado de alta. (Vea FIN-55, Política de Facturación y Cobro para más información sobre periodos de solicitud). Las solicitudes de exoneración de estos requerimientos se pueden dirigir al Vicepresidente Sénior de Finanzas para su revisión.

D. Criterios de elegibilidad para asistencia financiera

1. Procedimientos para determinar la elegibilidad

El Departamento de Servicios Financieros decidirá sobre la elegibilidad. Según se describe en mayor detalle en la sub-sección III.D.2 abajo, la elegibilidad se basará en la siguiente información:

- Lugar de residencia;
- Ingreso anual antes de impuestos;
- Activos líquidos; y
- Tamaño de la familia.

La información proporcionada en la solicitud del paciente para un programa de seguro de patrocinio público se usará para obtener estos datos. Si no se ha hecho esta solicitud o no se encuentra disponible, el paciente debe proporcionar la información necesaria para determinar la elegibilidad para asistencia financiera. Si falta cualquier información requerida, los pacientes serán informados por teléfono o correo de la información faltante.

2. Evaluaciones de ingreso y activos líquidos

El adjunto A de esta Política, “Tabla de descuentos de escala variable para servicios de hospitalización”, establece los descuentos para servicios cubiertos de hospitalización. El adjunto B, “Tabla de descuentos de escala variable para cirugía ambulatoria, clínica, departamento de emergencias, servicios referidos ambulatorios y relacionados”, establece los descuentos para los servicios cubiertos ambulatorios, de clínica, emergencia, ambulatorios y relacionados.

Cada adjunto establece dos evaluaciones – una evaluación de ingresos y una evaluación de activos líquidos:

- La *Evaluación del ingreso* se calcula comparando el “tamaño de la familia” con el ingreso anual antes de impuestos de su familia.
- Tamaño de la familia. Si el paciente es un adulto, el tamaño de la familia del paciente se calcula sumando al 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 al paciente, el(los) padre(s) y/o tutor(es) del paciente con el (los) que vive el paciente, y cualquier dependiente del (de los) padre(s) y/o tutor(es) del paciente con el (los) que el paciente reside (diferente 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 él/ella vive 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 el(los) que vive. El ingreso se basa en el cálculo del ingreso de las cuatro semanas previas a la fecha del servicio.
- El ingreso anual antes de impuestos será el total de las siguientes fuentes de ingreso, según se demuestra por la documentación requerida en la solicitud FAP:
 1. Salario/sueldo antes de deducciones.
 2. Beneficios de seguridad social.
 3. Compensación por desempleo y compensación al trabajador.
 4. Beneficio para veteranos.
 5. Alimentos/manutención.
 6. Otro apoyo monetario
 7. Pagos de pensión.
 8. Seguros o pagos de anualidades.
 9. Dividendos/intereses.
 10. Ingreso por arrendamiento.
 11. Ingreso comercial neto (trabajador independiente/verificado por fuente independiente).
 12. 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 les 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).

- Los *activos líquidos* de cada paciente serán calculados con base en el valor total de los activos del paciente y su cónyuge (sea que se

tengan individual o conjuntamente).

Si el paciente es un menor de edad, los activos líquidos del paciente serán calculados con base en el valor total de los activos tenidos por el(los) padre(s) y/o tutor(es) del paciente con el(los) cual(es) vive.

Los tipos de activos que serán considerados incluyen efectivo; cuentas de ahorros; cuentas corrientes; Certificados de Depósito; patrimonio en inmuebles (diferente a la residencia primaria); y otros activos (Letras del tesoro, papeles negociables, acciones y bonos corporativos). La evaluación de activos no tendrá en consideración la residencia primaria del paciente, activos tenidos en cuentas de ahorro de impuesto diferido o de retiro comparables, cuentas de ahorro para la universidad, o automóviles utilizados por un paciente o los miembros de la familia inmediata.

Se considerará que un paciente con activos líquidos que totalicen dos veces el monto de los niveles de recursos permitidos por Medicaid tiene “*activos líquidos significativos*”. **Si el paciente tiene activos líquidos significativos, el monto de asistencia para el paciente será MENOR que el descuento para el cual el paciente es elegible bajo la Evaluación de Ingreso y la Evaluación de Activos Líquidos.** Por ejemplo, si un paciente es elegible para un descuento de 50% bajo la Evaluación de Ingreso y un descuento de 25% bajo la Evaluación de Activos Líquidos, aplicará un descuento de 25%. Si la persona es elegible para asistencia financiera bajo la Evaluación de Ingreso o la Evaluación de Activos, el cargo máximo que podrá incurrir es el 100% del monto mayor entre el cargo de Medicare o Medicaid, según aplique, o el AGB (como se mencionó arriba).

La Evaluación de Activos Líquidos - Hospitalización se calcula dividiendo el monto del cargo Medicaid pleno para los servicios del paciente por los “Activos Líquidos” del paciente.

La Evaluación de Activos Líquidos – Ambulatorio se calcula dividiendo el monto del cargo Medicare pleno para los servicios del paciente por los “Activos Líquidos” del paciente.

- **Si el paciente no tiene Activos Líquidos Significativos, entonces el monto de asistencia para el paciente será el descuento para el cual el paciente es elegible bajo la Evaluación de Ingreso.**
- Se puede tener consideración especial según el caso si un paciente ha quedado desempleado recientemente o no puede pagar gastos de mantenimiento habituales (a saber, arriendo, servicios públicos y alimentos) si el paciente debe pagar como particular el cargo establecido en los adjuntos A o B.

Cualquier caso en el que se solicite consideración especial se debe dirigir al Director de la Unidad de Asesoría Financiera al (718) 283-7796. Es posible que el paciente deba documentar la naturaleza de las circunstancias que requieren consideración especial.

E. Proceso para revisión de solicitudes

Dentro de los 30 días siguientes al recibo de la solicitud para asistencia financiera diligenciada y todos los documentos requeridos, el Departamento de Servicios Financieros notificará al paciente por escrito si la solicitud de asistencia financiera ha sido aprobada o negada. Si la solicitud ha sido aprobada, el paciente será informado del porcentaje de descuento (por ejemplo, 90% de los cargos aplicables) para el cual es elegible y recibirá una explicación detallada de los montos adeudados. Si la solicitud ha sido negada, la notificación escrita describirá cómo apelar la negación e incluye información sobre cómo contactar al Departamento de Salud. Las notificaciones de negación FAP deben detallar la razón de la negación. En los casos en que se realice una entrevista presencial, los pacientes serán informados inmediatamente de la aprobación de la solicitud y el monto del descuento que el paciente recibirá o de la negación de la solicitud. En esos casos la notificación escrita también se enviará por correo al hogar del paciente.

Adicionalmente, si el paciente recibe aprobación para asistencia financiera, el Departamento de Servicios Financieros documentará la determinación de elegibilidad en la sección de “comentarios” del sistema de registro (AHS), incluyendo los descuentos aplicables específicos para (a) servicios de hospitalización y (b) servicios ambulatorios, aun si solo se requiere un tipo de servicio (por ejemplo, servicios de hospitalización) en el cuidado actual del paciente.

La aprobación de elegibilidad es válida por un año, en cuyo momento el nuevo cálculo de elegibilidad será necesario. Cambios futuros a las escalas variables establecidas indicadas en los adjuntos A y B aplicarán a todos los pacientes calificados nuevos y actuales.

F. Arreglo de pago en cuotas

A solicitud, los pacientes que reciban asistencia financiera tendrán la oportunidad de obtener un arreglo de pago en cuotas sin intereses. El pago mensual no será mayor a 10% del ingreso mensual bruto del paciente más cualquier activo elegible para consideración bajo la evaluación de activos del Hospital. No se cobrarán intereses sobre el saldo por pagar aun en caso que una cuota no se pague. En caso que una cuota no se pague, no habrá aceleración de los pagos.

G. Apelaciones

Un paciente tiene derecho a apelar una decisión sobre elegibilidad para asistencia financiera con base en los siguientes criterios:

- Se suministró información incorrecta;
- Ocurrieron cambios en la situación financiera del paciente; o
- Circunstancias atenuantes.

El Vicepresidente Sénior de Finanzas (Servicios Financieros) decidirá sobre las apelaciones. Las apelaciones se deben hacer por escrito (o en persona, con cita) al Vicepresidente Sénior de Finanzas (Servicios Financieros) a la siguiente dirección:

983 48th Street
Brooklyn, NY 11219
Teléfono: (718) 283-7790

La apelación se debe hacer dentro de los 30 días siguientes a la notificación de la determinación sobre elegibilidad. El Vicepresidente Sénior de Finanzas (Servicios Financieros) se esforzará por tomar decisiones sobre apelaciones dentro de los 10 días hábiles siguientes al recibo de la apelación de un paciente (a saber, después de recibir una carta o apelación en persona).

H. Política de cobro y facturación separada

Las acciones que Maimonides puede tomar en caso de impago se describen en una Política de cobro y facturación 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 cargo, por correo y en lugares públicos en el Hospital, incluyendo la Sala de Emergencias, áreas de admisiones y puntos de servicio al paciente.

I. 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. Maimonides proporciona, sin discriminación, asistencia a personas para condiciones médicas de emergencia, independiente de si son elegibles para asistencia financiera

bajo esta FAP. Véase FIN-034 EMTALA – Política de examen médico y estabilización.

J. Capacitación e información adicional

Todo el personal que interactúe con los pacientes o que sea responsable por la facturación y cobro recibirá una copia de esta Política y recibirá capacitación sobre el procedimiento adecuado 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 debe dirigirse al Gerente de la Unidad de Asesoría Financiera al (718) 283-7796.

Los empleados de Maimonides y sus dependientes serán tratados según la Política del Centro Médico (FIN-022) establecida.

K. 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.

IV. CONTROLES

El Vicepresidente Sénior de Finanzas (Servicios Financieros), junto con el A.V.P. de la red de Servicios de Salud Ambulatorios, y el Vicepresidente Sénior de Cuentas de Pacientes periódicamente revisarán que los registros maestros de pacientes y cuentas se adhieran al protocolo de Asistencia Financiera establecidos en esta Política.

Los Vicepresidentes Sénior de Finanzas (Servicios Financieros) y Cuentas de Pacientes darán instrucciones a los Jefes de Departamento relevantes para que revisen el protocolo de Asistencia Financiera establecido en esta Política a medida que se aprueben cambios o estos sean ordenados por las agencias de regulación.

Kenneth D. Gibbs
Presidente y CEO

ÍNDICE:

REFERENCIAS:

Cuidado de Caridad, Pago Particular, Asistencia Financiera
PHL 2807-k (9 y 9-a)
Carta Estimado administrador de fecha 15 de febrero de 2007
Ley de protección del paciente y cuidado de salud asequible
§9007(a)
(23 de marzo de 2010) (Agregando 501(r) a IRC);
FIN-034 EMTALA – Política de examen médico y estabilización
FIN-029 (Revisado) – Política de asistencia financiera para
servicios de salud mental ambulatorios
FIN-055 – Política de facturación y cobros
Carta Estimado administrador de fecha 15 de noviembre de 2013
Requisitos adicionales para hospitales de caridad; Evaluaciones
de necesidades de salud comunitaria para hospitales de caridad;
Requisito de una Declaración de impuestos al consumo sección
4959 y Tiempo para radicar la declaración; Regla final, 79 Fed.
Reg. 78954 (31 de diciembre de 2014).
26 C.F.R. 1.501(r)-1, 1.501(r)-4 - 1.501(r)-6

DEPARTAMENTO
ORIGINADOR:

Departamento Jurídico /Servicios Financieros

MAIMONIDES MEDICAL CENTER
TABLA DE DESCUENTOS DE CARGOS DE ESCALA VARIABLE 2018 PARA SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN BASADO EN TARIFAS DE MEDICAID

Adjunto A

Evaluación A – Evaluación de ingreso¹

Tamaño de la familia	Pautas federales de pobreza NIVEL I	Rango de ingresos NIVEL II		Rango de ingresos NIVEL III		Rango de ingresos NIVEL IV		Rango de ingresos NIVEL V		Rango de ingresos NIVEL VI		Rango de ingresos NIVEL VII		Nivel de recursos mínimos de la evaluación de activos
1	\$12,140	\$12,141	\$15,175	\$15,176	\$18,210	\$18,211	\$24,280	\$24,281	\$30,350	\$30,351	\$36,420	\$36,421	Monto anterior	\$30,300
2	\$16,460	\$16,461	\$20,575	\$20,576	\$24,690	\$24,691	\$32,920	\$32,921	\$41,150	\$41,151	\$49,380	\$49,381	"	\$44,400
3	\$20,780	\$20,781	\$25,975	\$25,976	\$31,170	\$31,171	\$41,560	\$41,561	\$51,950	\$51,951	\$62,340	\$62,341	"	\$50,028
4	\$25,100	\$25,101	\$31,375	\$31,376	\$37,650	\$37,651	\$50,200	\$50,201	\$62,750	\$62,751	\$75,300	\$75,301	"	\$56,550
5	\$29,420	\$29,421	\$36,775	\$36,776	\$44,130	\$44,131	\$58,840	\$58,841	\$73,550	\$73,551	\$88,260	\$88,261	"	\$63,078
6	\$33,740	\$33,741	\$42,175	\$42,176	\$50,610	\$50,611	\$67,480	\$67,481	\$84,350	\$84,351	\$101,220	\$101,221	"	\$69,600
7	\$38,060	\$38,061	\$47,575	\$47,576	\$57,090	\$57,091	\$76,120	\$76,121	\$95,150	\$95,151	\$114,180	\$114,181	"	\$76,128
8	\$42,380	\$42,381	\$52,975	\$52,976	\$63,570	\$63,571	\$84,760	\$84,761	\$105,950	\$105,951	\$127,140	\$127,141	"	\$82,650
9	\$46,700	\$46,701	\$58,375	\$58,376	\$70,050	\$70,051	\$93,400	\$93,401	\$116,750	\$116,751	\$140,100	\$140,101	"	\$89,176
10	\$51,020	\$51,021	\$63,775	\$63,776	\$76,530	\$76,531	\$102,040	\$102,041	\$127,550	\$127,551	\$153,060	\$153,061	"	\$95,700
Para cada persona adicional agregar	\$4,320	\$5,400		\$6,480		\$8,640		\$10,800		\$12,960		N/A		\$6,526
Descontar monto con base en Medicaid DRG (Grupos relacionados por el diagnóstico)	100%	90%		80%		70%		60%		50%		0%		
Porcentaje sobre FPL (Índice federal de pobreza)	100% de FPL	101% a 125% de FPL		126% a 150% de FPL		151% a 200% de FPL		201% a 250% de FPL		251% a 300% de FPL		Más de 300% de FPL		

Evaluación B – Evaluación de activos líquidos (solo aplica si el paciente tiene dos veces (2x) la cantidad de recursos permitidos por Medicaid)

Medicaid DRG / Total activos líquidos	Más de 90%	90% a 80%	79% a 70%	69% a 60%	59% a 50%	49% a 0%
Monto de descuento	100%	75%	50%	25%	15%	0%
Ejemplo: Tarifa plena Medicaid es \$15,000	\$0	\$3,750	\$7,500	\$11,250	\$15,000	

CÓDIGO: FIN-28
FECHA: 2018

Tarifa	15,000	= 50%	La responsabilidad del paciente será 85% de \$15,000 = <u>12,750</u>
Activos	30,000		

Las tarifas plenas Medicaid se deben pagar por los pacientes cuyos ingresos excedan 300% del FPL, o para quienes la ratio de cargos a activos líquidos sea 49% o menos.

MAIMONIDES MEDICAL CENTER

TABLA DE DESCUENTOS DE ESCALA DE TARIFAS VARIABLES 2018 PARA CIRUGÍA AMBULATORIA, CLÍNICA, DEPT. DE EMERGENCIAS, SERVICIOS AMBULATORIOS Y RELACIONADOS REFERIDOS CON BASE EN TARIFAS MEDICARE APC

Adjunto B

Evaluación A – Evaluación de ingreso²

Tamaño de la familia	Pautas federales de pobreza NIVEL I	Rango de ingresos NIVEL II		Rango de ingresos NIVEL III		Rango de ingresos NIVEL IV		Rango de ingresos NIVEL V		Rango de ingresos NIVEL VI		Rango de ingresos NIVEL VII		Nivel de recursos mínimos de la evaluación de activos
1	\$12,140	\$12,141	\$15,175	\$15,176	\$18,210	\$18,211	\$24,280	\$24,281	\$30,350	\$30,351	\$36,420	\$36,421	Monto anterior	\$30,300
2	\$16,460	\$16,461	\$20,575	\$20,576	\$24,690	\$24,691	\$32,920	\$32,921	\$41,150	\$41,151	\$49,380	\$49,381	"	\$44,400
3	\$20,780	\$20,781	\$25,975	\$25,976	\$31,170	\$31,171	\$41,560	\$41,561	\$51,950	\$51,951	\$62,340	\$62,341	"	\$50,028
4	\$25,100	\$25,101	\$31,375	\$31,376	\$37,650	\$37,651	\$50,200	\$50,201	\$62,750	\$62,751	\$75,300	\$75,301	"	\$56,550
5	\$29,420	\$29,421	\$36,775	\$36,776	\$44,130	\$44,131	\$58,840	\$58,841	\$73,550	\$73,551	\$88,260	\$88,261	"	\$63,078
6	\$33,740	\$33,741	\$42,175	\$42,176	\$50,610	\$50,611	\$67,480	\$67,481	\$84,350	\$84,351	\$101,220	\$101,221	"	\$69,600
7	\$38,060	\$38,061	\$47,575	\$47,576	\$57,090	\$57,091	\$76,120	\$76,121	\$95,150	\$95,151	\$114,180	\$114,181	"	\$76,128
8	\$42,380	\$42,381	\$52,975	\$52,976	\$63,570	\$63,571	\$84,760	\$84,761	\$105,950	\$105,951	\$127,140	\$127,141	"	\$82,650
9	\$46,700	\$46,701	\$58,375	\$58,376	\$70,050	\$70,051	\$93,400	\$93,401	\$116,750	\$116,751	\$140,100	\$140,101	"	\$89,176
10	\$51,020	\$51,021	\$63,775	\$63,776	\$76,530	\$76,531	\$102,040	\$102,041	\$127,550	\$127,551	\$153,060	\$153,061	"	\$95,700
Para cada persona adicional agregar	\$4,320	\$5,400		\$6,480		\$8,640		\$10,800		\$12,960		N/A		\$6,526
Monto de descuento con base en tarifas Medicare-APC (Clasificación de pago ambulatorio)	100%	90%		80%		70%		60%		50%		0%		
Porcentaje por encima de FPL	100% de FPL	101% a 125% de FPL		126% a 150% de FPL		151% a 200% de FPL		201% a 250% de FPL		251% a 300% de FPL		Por encima de 300% de FPL		

Evaluación B – Evaluación de activos líquidos (solo aplica si el paciente tiene dos veces (2x) la cantidad de recursos permitidos por Medicaid)

Tarifa Medicare APC / Total activos líquidos	Más de 90%	90% a 80%	79% a 70%	69% a 60%	59% a 50%	49% a 0%
Monto de descuento	100%	90%	80%	70%	60%	0%
Ejemplo: Amb/Cir \$1,000 Tarifa APC	\$0	\$100	\$200	\$300	\$400	\$1,000

CÓDIGO: FIN-28
FECHA: 2018

Tarifa APC 1,000
_____ = 33% El paciente tiene derecho a 0% de descuento. El Paciente es responsable por la tarifa Medicare APC plena
Recursos 30,000

Las tarifas plenas Medicare se deben pagar por los pacientes cuyos ingresos excedan 300% del FPL, o para quienes la ratio de cargos a activos líquidos sea 49% o menos.