POLÍTICA DE
Asistencia Financiera

Revisado: 22 de enero de 2020

Si está preocupado porque quizás no pueda pagar por su atención, es posible que podamos ayudarlo. El HSS I Hospital for Special Surgery proporciona ayuda financiera por servicios médicamente necesarios según la necesidad financiera del paciente e incluye una escala de descuentos variables para los pacientes que califican. La ayuda puede estar disponible para pacientes que no tienen seguro y para aquellos que están subasegurados. Es posible que podamos trabajar con usted para acordar un plan de pagos manejable.

Nuestra Política de Asistencia Financiera aplica a los servicios proporcionados por el Hospital y algunos servicios que proporcionan ciertos médicos y otro personal clínico del HSS. La Política aplica a los servicios que se proporcionan en las ubicaciones de NY, NJ y Connecticut.

La Política completa se encuentra a continuación. En nuestro sitio web, puede tener acceso a la Política completa, una solicitud e información adicional, que incluye una lista completa de proveedores que participan en la Política de Asistencia Financiera del Hospital. Simplemente visite HSS.edu y haga clic en la pestaña Paciente y visitante (*Patient and Visitor)*. También puede llamar al Departamento de Asesoramiento Financiero al 212-606-1505, y estaremos complacidos de proporcionarle información y responder cualquier pregunta que pueda tener.

OBJETIVO

El objetivo de esta Política es asegurar que todas las solicitudes de Asistencia Financiera se evalúen y procesen de manera consistente y equitativa; para respaldar la misión del Hospital; y con dignidad, compasión y respeto. El HSS I Hospital for Special Surgery (denominado de ahora en adelante "HSS" o el "Hospital") tiene el compromiso de proporcionar Asistencia Financiera independientemente de la edad, género, religión, raza u orientación sexual. Esta Política entró en vigor comenzando el 14 de diciembre de 2015, con la excepción de que en lo que respecta a los médicos empleados por el Hospital, esta Política entró en vigor el 1 de enero de 2016, y solo aplica a las fechas de servicio del 1 de enero de 2016 en adelante. Las enmiendas a la Política posteriores a la fecha original de vigencia entrarán en vigor a partir de la fecha de revisión mencionada más arriba.

El HSS proporcionará Asistencia Financiera a las personas que cumplan con los requisitos que se describen en esta Política. La Política de Asistencia Financiera (la "FAP" o la "Política") y los procedimientos se mantendrán e implementarán conforme a todas las leyes aplicables.

ALCANCE Y APLICABILIDAD

1. ¿Qué es Asistencia Financiera?

Asistencia Financiera es un término utilizado para describir servicios médicamente necesarios proporcionados por el HSS y su personal clínico empleado (los "Proveedores Cubiertos") a un costo con descuento para personas necesitadas. No tiene la intención de reemplazar la cobertura de seguros, programas de derechos u otros programas de asistencia disponibles.

2. ¿Quién es elegible para recibir Asistencia Financiera?

(continúa al dorso)

Para ser elegible para recibir Asistencia Financiera en el **HSS**, las personas deben cumplir tanto con los criterios financieros como con los criterios de cobertura, que se describen a continuación. Además, ciertas personas que podrían no ser elegibles de otro modo para recibir Asistencia Financiera, pueden ser elegibles según el Programa de Acceso Especial del Hospital, que también se describe a continuación:

A. Las siguientes personas cumplen con los criterios financieros:
   1. Residentes de EE.UU. (incluyendo estudiantes) cuyos ingresos brutos anuales no excedan siete veces las actuales Pautas de Pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. que correspondan al tamaño de familia (basada en las excepciones totales declaradas en la declaración de impuestos federales) y localidad (el "Índice Federal de Pobreza" o "FPL, por sus siglas en inglés").
   2. Residentes de países extranjeros, pero solo aquellos que se mencionan en el Programa de Acceso Especial cuyo ingreso bruto anual no exceda siete veces el FPL.

B. Las siguientes personas cumplen con los criterios de cobertura:
   1. Residentes de EE.UU. que no tienen seguro (gubernamental o comercial) de ninguna clase.
   2. Las personas que tienen cobertura de seguros que cubre los servicios del **HSS** (ya sea como servicios dentro de la red o a través de la cobertura fuera de red o de punto de servicio), pero que tienen gastos de bolsillo que son responsabilidad del paciente conforme a esa cobertura.

C. Las siguientes personas **NO** cumplen los criterios de cobertura:
   1. Las personas que tienen seguro médico (gubernamental o privado) para el cual el **HSS** no pertenece a la red, y su aseguradora no proporciona cobertura fuera de red.
   2. Los residentes no estadounidenses, distintos a las personas mencionadas en el Programa de Acceso Especial.

D. Programa de Acceso Especial.
Las personas que cumplen con los criterios financieros, pero no cumplen con los criterios de cobertura, aún pueden ser elegibles para recibir Asistencia Financiera a través del Programa de Acceso Especial, pero solo aquellas personas que no se espera requieran servicios fuera del **HSS**. El Programa de Acceso Especial hace que la Asistencia Financiera esté disponible para los siguientes grupos, siempre que las personas correspondientes cumplan con los criterios financieros:

   1. Los residentes de EE.UU. que tienen seguro médico que no paga por servicios en el **HSS** (y no está disponible la cobertura fuera de red), pero el servicio que la persona necesita es de un tipo que no está razonablemente disponible (y cubierto según el plan de la persona) más cerca de la residencia del paciente que el **HSS**. En general, esta regla tiene la intención de aplicar a cuidados altamente especializados que no están disponibles en la mayoría de los hospitales, pero que están disponibles en el **HSS**.
   2. Los residentes de EE.UU. que tienen seguro médico que no paga por servicios en el **HSS** (y no está disponible la cobertura fuera de red) pero que no califican según el párrafo precedente (2)(D)(1), y los residentes no estadounidenses sin cobertura aplicable, que en cada caso son referidos al **HSS** por médicos que participan de la Organización de Médicos y Hospitales del **HSS** (*Physician Hospital Organization*, PHO, por sus siglas en inglés), siempre que tal derivación sea aprobada por el **HSS**.

3. ¿Qué servicios están cubiertos por la Política?

(continúa al dorso)

A. La Asistencia Financiera está disponible para ayudar a reducir la carga financiera de servicios médicamente necesarios. Los servicios cosméticos, experimentales y de conveniencia no pueden ser considerados médicamente necesarios según esta Política, y los costos de viaje y otros costos relacionados no están cubiertos bajo esta Política. La Necesidad Médica se definirá de conformidad con la Ley de Servicios Sociales de Nueva York §365-a, que define como médicamente necesarios aquellos servicios "que son necesarios para prevenir, diagnosticar, corregir o curar trastornos en la persona que ocasionan sufrimiento agudo, ponen en peligro su vida, resultan en enfermedad o debilidad, interfieren con la capacidad de la persona para realizar la actividad normal o amenazan alguna deficiencia significativa".

B. Esta Política cubre todos los servicios proporcionados por el **HSS** y sus proveedores cubiertos. El Anexo A proporciona una lista de proveedores (diferentes al Hospital en sí) que proporcionan cuidados de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios en el Hospital, especificando cuáles de esos proveedores (o grupos de proveedores) están sujetos a esta Política, y cuáles no están sujetos a esta Política. El Anexo A se revisará y ajustará con una frecuencia no menor a tres meses.

C. La elegibilidad para la Asistencia Financiera no asegura que un paciente pueda consultar con algún proveedor en particular o hacerlo en un período específico de tiempo.

AVISO DE LA POLÍTICA Y SOLICITUD

1. Se notificará a las personas y la comunidad de la Política de Asistencia Financiera de la siguiente manera:
   A. Al registrarse, todos los pacientes recibirán copias de un resumen de la FAP ("resumen"). Además, el resumen estará disponible si se solicita. El resumen proporcionará información sobre cómo los pacientes pueden obtener la FAP completa, un formulario de solicitud de la FAP e información adicional acerca de la Asistencia Financiera.
   B. El **HSS** hará que estén disponibles esta Política, un formulario de solicitud de FAP y el Resumen en lenguaje sencillo de la FAP en su sitio web; a solicitud; y en varias ubicaciones dentro del Hospital, y notificará e informará a los pacientes del **HSS** y a la comunidad acerca de la FAP.

2. Cómo solicitar Asistencia Financiera.
   A. El **HSS** considerará cualquier indicación de incapacidad para pagar como una posible solicitud de Asistencia Financiera. Las solicitudes iniciales pueden realizarse por escrito o por teléfono, pero el formulario de solicitud de FAP debe ser presentado antes que se pueda tomar una determinación definitiva. Una vez que una persona hace una solicitud de Asistencia Financiera, se informará a la persona de esta Política, y se le enviará una copia de los formularios de solicitud correspondientes además del Resumen de la FAP.

   B. Independientemente de lo expresado anteriormente, el **HSS** puede, bajo ciertas circunstancias, proporcionar Asistencia Financiera antes, o sin que se haya hecho ninguna solicitud para esa asistencia. (Consulte Elegibilidad Presunta, a continuación).

   C. La solicitud de Asistencia Financiera puede hacerse en cualquier momento. Esto significa que una persona puede hacer una solicitud antes, durante o después de

(continúa al dorso)

recibir los servicios, incluyendo después del inicio de una acción por parte de una agencia de cobranzas contra la persona. Sin embargo, si se aprobó la Asistencia Financiera para un paciente a través de la Elegibilidad Presunta (que se menciona más abajo), el paciente tiene hasta treinta (30) días siguientes a la notificación de tal determinación para presentar una solicitud de mayor asistencia con respecto a los servicios específicos a los que se ha aplicado la Elegibilidad Presunta.

CÓMO DILIGENCIAR LA SOLICITUD

Una solicitud puede ser diligenciada por una persona o por su tutor legal. Si tiene alguna pregunta respecto de cómo diligenciar la solicitud de Asistencia Financiera, comuníquese con el personal de la FAP al (212) 606.1505.

1. La solicitud de la FAP pide la siguiente información:
    a. Fecha de la solicitud formal
    b. Solicitado por (padre, madre o tutor si el paciente es menor de edad)
    c. Nombre del paciente
    d. Fecha de nacimiento del paciente
    e. Dirección del paciente
    f. Número de teléfono
    g. Número de personas en la familia (según se define por el número de excepciones declaradas en la declaración del impuesto federal)
    h. Ingresos de la familia durante los últimos doce (12) meses y los últimos (3) meses.
    i. Activos disponibles para aquellas personas con ingresos superiores al 300% del FPL
    j. Identificación de la aseguradora/tercero pagador y descripción de la cobertura
    k. Tipo de servicio clínico solicitado o proporcionado por el Hospital o proveedores cubiertos
    l. Solicitud firmada y fechada

2. La solicitud de la FAP también pide la siguiente información que el **HSS** puede utilizar para verificar los ingresos brutos anuales del hogar del solicitante. No es necesario que los solicitantes proporcionen cada ítem a continuación si la información no está disponible:
    a. Comprobantes de pago del período de tres meses más reciente disponibles
    b. Formulario que aprueba o rechaza la compensación por desempleo
    c. Verificación de ingresos oral o escrita de agencias de asistencia pública
    d. Estados de cuenta bancarios o de inversiones
    e. Información de la elección y saldo de la Cuenta de Gastos Flexibles o Cuenta de Ahorro de Salud
    f. Declaración de beneficios o determinación de beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)
    g. Autocertificación

3. Una sección de la solicitud de la FAP se dedicará a solicitar información específica al Programa de Acceso Especial, como por qué el cuidado correspondiente no está disponible más cerca de la residencia de la persona, o qué médico del **HSS** ha referido a la persona. Consulte las secciones D(1) y D(2) más arriba en “ALCANCE Y APLICABILIDAD”.

4. Si una solicitud de la FAP se presenta y no está completa, el Hospital, dentro de los (30) días siguientes a la presentación, notificará al solicitante por escrito que la solicitud no está completa, y notificará al solicitante de la información faltante que se necesita. Se le dará al

(continúa al dorso)

solicitante un período de tiempo razonable (no menor a treinta (30) días adicionales) para presentar la información faltante.

DETERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA Y EL MONTO

Con excepción de las determinaciones de Elegibilidad Presunta (que se analiza más abajo), se realizará la determinación de elegibilidad para la Asistencia Financiera, y su monto, solo con la presentación de un formulario de solicitud de Asistencia Financiera diligenciado acompañado por la documentación requerida. El formulario se debe presentar al Programa de Asistencia Financiera en el Departamento de Finanzas, el cual se puede contactar al 212.606.1505. El **HSS** debe documentar cierta información en el formulario de solicitud, y los solicitantes deben proporcionar cierta información específica. Esto se describe más arriba en la sección "CÓMO COMPLETAR LA SOLICITUD".

Con excepción de las determinaciones de Elegibilidad Presunta (que se analiza más abajo), el **HSS** seguirá los procedimientos a continuación al revisar una solicitud de Asistencia Financiera. Las determinaciones serán manejadas caso por caso, pero serán procesadas de manera consistente de conformidad con la Política:

1. La determinación de elegibilidad, y si corresponde, la determinación del monto, de Asistencia Financiera se realizará dentro de los 30 días de recibida una solicitud completa. Una solicitud se considerará completa cuando el Departamento de Finanzas haya recibido toda la información y materiales solicitados.

2. El **HSS** determinará si el solicitante es, en realidad, elegible para recibir Asistencia Financiera según la Política de conformidad con lo siguiente:
    1. El **HSS** comparará el ingreso del hogar del paciente y el tamaño de la familia con el FPL en vigencia.
    2. El **HSS** calculará los activos netos de conformidad con lo siguiente:
        a. Los activos netos disponibles se definen como activos líquidos y excluirán la residencia primaria del paciente, los activos que se mantienen en cuentas de ahorros con diferimiento de impuestos o de retiro comparable, cuenta de ahorros universitaria o automóviles utilizados regularmente por un paciente o los miembros de su familia directa.
        b. No se considerarán activos netos disponibles para ninguna persona cuyo nivel de ingresos esté en el 300% o menos del FPL.
    3. El monto facturado en general ("AGB", por sus siglas en inglés) se calculará al aplicar la tasa de cobranza promedio de Medicaid al monto de los cargos. (Las personas pueden obtener los porcentajes específicos de AGB y una descripción de los cálculos si lo solicitan al contacto del Programa de Asistencia Financiera que se indica a continuación o en el sitio web del **HSS**).
    4. Para calcular el ingreso anual, el **HSS** en general multiplicará el ingreso de los 3 meses más recientes por cuatro (4) y comparará el resultado con las cifras de los 12 meses completos. El monto menor será utilizado para determinar la elegibilidad para Asistencia Financiera.
    5. El **HSS** determinará si aplica el Programa de Acceso Especial.

3. Suponiendo que la persona sea considerada elegible para recibir Asistencia Financiera, entonces el **HSS** determinará el monto de asistencia a proponer.

(continúa al dorso)

A. Si el ingreso del paciente por tamaño de familia está en o por debajo del 500% del FPL, el **HSS** proporcionará servicios a pacientes no asegurados sin cargo. (Para pacientes asegurados, la responsabilidad como paciente se reducirá a cero).

B. Para una persona cuyo ingreso esté entre el 501% y el 700% del FPL, el **HSS** proporcionará un descuento del 50%. El descuento se aplicará a la obligación del paciente, que, para pacientes no asegurados, es el AGB basado en el monto que Medicaid pagaría por el servicio (o, para pacientes asegurados, el deducible y el copago (consulte el párrafo (D) más abajo para el ajuste del deducible y el copago)).

C. Para personas cuyo ingreso esté entre 301% y 700% de FPL que tienen activos netos suficientes disponibles para pagar algunas o todas las cuentas del Hospital, el **HSS** tratará al tercio de los activos netos disponibles como ingreso anual a los fines de aplicar la escala variable.

D. Para las personas que son elegibles para recibir Asistencia Financiera, el monto máximo pagadero por la persona por cualquier servicio es el AGB. (Para pacientes asegurados, si el monto que sería pagadero al aplicar el nivel de descuento de la escala variable (que se describe más arriba) a la obligación del paciente por deducibles y copagos para el cuidado correspondiente es mayor que el nivel de pago del AGB, la obligación del paciente se reducirá al monto del AGB).

4. Entonces los descuentos serán calculados por el **HSS** sobre la base de todo lo anterior. El **HSS** entonces documentará la determinación en el formulario de determinación de Asistencia Financiera (que se describe más abajo).

5. Se permite el uso de planes de pago para cancelar los saldos pendientes. El pago mensual según ese plan no excederá el 10% del ingreso bruto mensual y se limitará a una duración máxima de 5 años. No se cobrará intereses al plan de pagos.

6. Si un paciente es referido al Hospital a través de un programa de caridad de terceros reconocido que ofrece términos y condiciones que difieren de los anteriores, el **HSS** puede participar en el programa y esta Política se considerará modificada según sea necesario para cumplir con las normas del programa para los pacientes del programa en la medida que no sean inconsistentes con la ley federal y del estado de Nueva York en relación con las políticas de descuentos caritativos.

7. Cualquier paciente a quien se determina que es elegible para recibir Asistencia Financiera según esta Política basándose en la revisión de una solicitud diligenciada permanecerá elegible (sin necesidad de ninguna acción adicional) para el nivel de asistencia así determinada, durante dos (2) años desde la fecha de la determinación, excepto según se especifica a continuación en este párrafo. La fecha de determinación es la fecha de la determinación inicial, o la fecha de la determinación siguiente a completar una apelación, si se realizó una apelación. Independientemente de lo anterior, en un cambio de circunstancias en el que el paciente cree que es necesaria la Asistencia Financiera adicional, los pacientes pueden presentar una nueva solicitud durante el período de dos (2) años, y pueden recibir Asistencia Financiera adicional conforme a la Política, si corresponde. Un paciente a quien se

(continúa al dorso)

determina que es elegible basándose en el proceso de Elegibilidad Presunta será elegible sobre esa base solo con respecto al saldo o saldos abiertos aplicables. Un paciente que es elegible a través del Programa de Acceso Especial, será elegible sobre esa base solo para el episodio de cuidado correspondiente.

8. Se espera que si un paciente que recibe Asistencia Financiera según la Política posteriormente tiene un cambio sustancial en sus circunstancias (como cambiar su condición de no asegurado a asegurado), el paciente notificará al Departamento de Finanzas del **HSS** Financiera al (212) 606-1505 para que esto pueda ser tomado en cuenta en el futuro. Tales cambios positivos en sus circunstancias no serán aplicados para reducir ninguna Asistencia Financiera que ya se haya entregado. Además, no se desea que un paciente informe pequeños cambios a sus circunstancias, sino solo si es obvio que el cambio representaría probablemente una diferencia significativa en la determinación de la Asistencia Financiera.

9. Si el **HSS** averigua que un solicitante de Asistencia Financiera proporcionó información material falsa en el proceso de solicitud, tal información puede ser tenida en cuenta por el **HSS** en su revisión de la solicitud, o la continuación de la elegibilidad para Asistencia Financiera.

ELEGIBILIDAD PRESUNTA

Bajo ciertas circunstancias, el **HSS** puede proporcionar Asistencia Financiera antes de que se realice alguna solicitud para tal asistencia, o sin ella. En el **HSS**, esto se realizará a través de un proceso de evaluación – las cuentas no pagadas serán evaluadas utilizando el software comercialmente disponible de indicador de ingresos para determinar si las personas pueden calificar para Asistencia Financiera basado en variables como la dirección, edad y género ("Elegibilidad Presunta"). El **HSS** también realizará evaluaciones de la Elegibilidad Presunta de las cuentas antes de ser referida para alguna ECA (definida más abajo en "ACTIVIDADES DE COBRANZA").

Las determinaciones de Elegibilidad Presunta aplicarán solo a los saldos no pagados que desencadenaron el proceso de evaluación. Si la persona califica de acuerdo con la metodología presunta respecto de los saldos no pagados, y el ingreso de la persona según estimaciones del proceso de evaluación es de 500% del FPL o menos, entonces el **HSS** otorgará el máximo nivel de asistencia permitido de otro modo con respecto al monto no pagado (es decir, atención sin cargo). Si el ingreso estimado de la persona está entre 501% y 700% del FPL, entonces el **HSS** proporcionará un descuento del 50%. A las personas a quienes se les otorgue Asistencia Financiera según la Elegibilidad Presunta a quienes no se les proporciona atención sin cargo, se les entregará una notificación de su capacidad para solicitar asistencia adicional conforme a la Política. Si la Elegibilidad Presunta se otorga basándose en una evaluación de saldos no pagados durante 240 días, las personas pueden, dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha del otorgamiento de Elegibilidad Presunta, solicitar Asistencia Financiera adicional para los servicios a los cuales se ha aplicado la determinación de Elegibilidad Presunta.

AVISO DE DETERMINACIÓN

El **HSS** completará la siguiente información en el Formulario de Determinación de Asistencia Financiera después de revisar cada Solicitud de Asistencia Financiera diligenciada y tomar una determinación:

a. Fecha de determinación
b. Nombre del paciente

(continúa al dorso)

c. Número de cuenta del Hospital
d. Fecha inicial del servicio
e. Determinación de elegibilidad (aprobada / rechazada) de la persona designada que corresponda
f. Monto aprobado del descuento

Si la solicitud de Asistencia Financiera ha sido **APROBADA**, el **HSS** entregará o enviará por correo al paciente o su tutor legal, una carta de determinación de Asistencia Financiera indicando el descuento aprobado, el método de determinación y cómo obtener información adicional respecto de la determinación.

Si la solicitud de Asistencia Financiera ha sido **RECHAZADA**, el **HSS** documentará el motivo para rechazar el pedido en el formulario de Determinación de Asistencia Financiera y entregará o enviará por correo una carta de rechazo al paciente o su tutor legal. La notificación de rechazo incluirá información respecto del derecho del paciente y el proceso para apelar la decisión del rechazo.

El **HSS** archivará copias de los avisos (rechazo o aprobación) con la Solicitud de Asistencia Financiera diligenciada.

LOS PACIENTES PUEDEN APELAR EL RECHAZO de Asistencia Financiera y TAMBIÉN PUEDEN apelar el nivel de asistencia. Si el paciente presenta una apelación, el **HSS** volverá a revisar la documentación del paciente, incluido cualquier nuevo material presentado y documentará de nuevo su aprobación o rechazo y notificará al paciente de acuerdo con esta sección, en un lapso de treinta (30) días de la presentación de una apelación.

Los pacientes que continuamente apelan los rechazos sin presentar información adicional o en ausencia de un cambio de circunstancias podrán ser rechazados sumariamente. A continuación de un rechazo sumario o un rechazo a una apelación, la determinación del Hospital es definitiva y no está sujeta a apelación.

Todas las notificaciones o comunicaciones escritas del **HSS** según esta Política pueden ser proporcionadas por correo electrónico u otras formas de comunicación electrónica, si la persona ha indicado que prefiere recibir notificaciones y comunicaciones de manera electrónica.

DIFUSIÓN DE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

El personal de registro del Hospital es responsable de asegurar que el Resumen se distribuya en el momento en que el paciente se registra. El **HSS** informará a las personas que consultan acerca de los costos de los servicios del **HSS** sobre la Política de Asistencia Financiera del Hospital y se colocarán letreros respecto de la Política de Asistencia Financiera del **HSS** en las ubicaciones de registro y otras ubicaciones del Hospital según sea adecuado, incluyendo salas de espera y clínicas. Según se requiera, el **HSS** actualizará periódicamente esta Política y el Anexo A, como se publica en el sitio web del Hospital.

CAPACITACIÓN

El **HSS** capacitará, educará y supervisará al personal del Hospital que corresponda (quienes interactúan con pacientes o el personal que tiene responsabilidades de facturación o cobranza) sobre la Política de Asistencia Financiera del **HSS**.

(continúa al dorso)

ACTIVIDADES DE COBRANZA

El **HSS** obtendrá el acuerdo por escrito de las agencias de cobranza que actúan en representación del Hospital para seguir esta Política, incluyendo un acuerdo para proporcionar a los pacientes la información sobre cómo solicitar Asistencia Financiera cuando corresponda.

El **HSS** se abstendrá de tomar una ECA (que se define más abajo) si el paciente ha presentado una solicitud de Asistencia Financiera diligenciada, incluyendo cualquier documentación de respaldo requerida, mientras el Hospital determina la elegibilidad del paciente para tal ayuda.

No se referirá ninguna deuda para su cobranza a menos que se haya proporcionado una notificación al paciente que la deuda será referida para su cobranza, al menos treinta (30) días antes de referir la deuda para su cobranza.

No se realizará ninguna cobranza a ningún paciente que se haya determinado que es elegible para asistencia médica conforme a Medicaid al momento que se prestaron los servicios y para los que el pago de Medicaid está disponible.

El Hospital no participará en Acciones de Cobranza Extraordinaria ("ECA") a menos que esté de acuerdo con su Política de Facturación y Cobranzas. (La Política de Facturación y Cobranzas está disponible si se solicita al contacto del Departamento de Finanzas que se proporciona a continuación). Las ECA incluyen lo siguiente:

(i) comenzar cualquier acción legal para cobrar una factura a un paciente (pero esto no incluye presentar un reclamo en un proceso de bancarrota pendiente)
(ii) informar a una agencia de calificaciones crediticias
(iii) diferir o rechazar servicios a menos que el paciente pague por anticipado (a menos que el requisito del pago anticipado no esté relacionado con la falta de pago de una factura anterior)
(iv) (crear un gravamen sobre los bienes de la persona (excepto los gravámenes permitidos según la ley estatal sobre sentencias o arreglos por lesiones personales relacionadas con los cuidados proporcionados)
(v) embargar o confiscar cualquier cuenta bancaria individual
(vi) el embargo de salarios

Cualquier agencia de cobranzas que utilice el **HSS** debe obtener el consentimiento por escrito del **HSS** antes de iniciar una acción legal para cobrar sumas que un paciente le adeude al **HSS**.
El **HSS** no puede forzar la venta o ejecución hipotecaria de la residencia primaria de un paciente para cobrar una factura pendiente.

INFORMES Y CUMPLIMIENTO

El **HSS** presentará los informes requeridos al estado de Nueva York respecto del Programa de Asistencia Financiera.

El Departamento de Cumplimiento Corporativo y Auditoría Interna del **HSS** será responsable de revisar anualmente el cumplimiento de esta Política por parte del Hospital.

Las personas que crean que la Política no se ha aplicado de conformidad con sus términos deben buscar la asistencia del Departamento de Cumplimiento Corporativo y Auditoría Interna del **HSS**. Las quejas se deben dirigir al Oficial de Cumplimiento Corporativo del **HSS** al (212) 774-2398 o a la línea de ayuda de cumplimiento, que es confidencial, al (888) 651-6234.

(continúa al dorso)

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Para obtener más información acerca del Programa de Asistencia Financiera o para solicitar una solicitud de Asistencia Financiera, llame al (212) 606-1505 para hablar con un empleado de Asistencia Financiera. Se puede proporcionar traducción a idiomas extranjeros si se solicita. La solicitud también está disponible en **www.hss.edu** o puede pedir una solicitud a un miembro del personal de registro del Hospital.

Las solicitudes deben enviarse a:

HSS | Hospital for Special Surgery
Financial Assistance Program
535 East 70th Street,
ERP Plaza Level
New York, NY 10021

o

Envíe un fax al: 212-774-2811