

Opciones de pago

Stony Brook Medicine reconoce que hay ocasiones en las que los pacientes necesitan atención médica pero tienen dificultades para pagar los servicios prestados.

El Programa de Asistencia Financiera proporciona descuentos a individuos que reúnan los requisitos, según sus ingresos.

P ¿Quiénes califican para recibir un descuento?

R La asistencia financiera está disponible para pacientes que tienen ingresos limitados, no tienen seguro de salud o tienen un seguro de salud insuficiente. Si usted necesita asistencia financiera, no se le pueden negar los cuidados de salud necesarios desde el punto de vista médico. Usted tiene derecho a solicitar un descuento independientemente de su condición inmigratoria.

Todas las personas del Estado de Nueva York que necesiten servicios de emergencia y servicios que no sean de emergencia pero sean médicamente necesarios en Stony Brook Medicine pueden recibir los cuidados requeridos y pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera de acuerdo con los límites de ingresos establecidos por las reglamentaciones federales que se indican más abajo.

Tamaño de la familia	Ingresos anuales 2021 (de o por debajo de)
1	\$51,520
2	\$69,680
3	\$87,840
4	\$106,000
5	\$124,160
6	\$142,320
7	\$160,480
8	\$178,640

P ¿Qué sucede si no soy elegible según los límites de ingresos que establecen las reglamentaciones?

R Además de los planes de pago para los pacientes que cumplan con los límites federales de ingresos detallados a la izquierda, Stony Brook Medicine ofrece planes de pago a los pacientes cuyos ingresos exceden esos límites establecidos. El monto que usted paga depende de sus ingresos.

P ¿Hay alguien que me pueda explicar cómo se aplica el descuento? ¿Y alguien que pueda ayudarme a presentar la solicitud de descuento?

R Sí. Contamos con servicios de ayuda gratuita y confidencial. Comuníquese con nuestra Unidad de Ayuda Financiera llamando al (631) 444-4331. Si no habla inglés, se le brindará asistencia en su propio idioma. El asesor financiero puede decirle si cumple los requisitos para obtener un seguro de salud gratuito o de bajo costo, como Medicaid, Family Health Plus y Child Health Plus.

Si el asesor determina que usted no cumple los requisitos para acceder a un seguro de salud de bajo costo, le ayudará a solicitar un descuento. El asesor le ayudará a completar los formularios correspondientes y le dirá qué documentos debe presentar.

P ¿Qué debo hacer para solicitar un descuento?

R Puede descargar una solicitud de asistencia financiera de la página stonybrookmedicine.edu/billinginformation. También puede retirar una solicitud en la caja del Departamento de Emergencias o en la Oficina de Admisión en cualquiera de nuestras instalaciones (el Hospital de la Universidad de Stony Brook, Stony Brook Southampton Hospital o Stony Brook Eastern Long Island Hospital).

También se le puede enviar una solicitud de asistencia financiera si la solicita llamando a nuestra Unidad de Ayuda Financiera al (631) 444-4331. Deberá presentar copias de todos los documentos requeridos. Si no puede presentar la documentación, es posible que sea elegible de todos modos para solicitar asistencia financiera.

P ¿Qué servicios se cubren?

R Están cubiertos por el descuento todos los servicios necesarios desde el punto de vista médico prestados por Stony Brook Medicine que de otra manera estarían cubiertos por el seguro. Esto incluye servicios ambulatorios, atención de emergencia y admisiones de pacientes hospitalizados.

Es posible que no se cubran los cargos de médicos privados que prestan servicios en el hospital. Hable con sus médicos privados para consultarles si ofrecen algún descuento o plan de pago.

P ¿Cuánto debo pagar?

R El monto que debe pagar por servicios ambulatorios o atención de emergencia puede ser de \$0 en adelante para niños y mujeres embarazadas, dependiendo de los ingresos. El monto por servicios ambulatorios o atención en la sala de emergencias va de \$15 en adelante para adultos, dependiendo de los ingresos. Un asesor financiero le informará los detalles sobre el descuento específico que se le aplicará una vez que se haya procesado su solicitud.

P ¿Cómo obtengo el descuento?

R Debe completar el formulario de solicitud. Una vez que obtenemos un comprobante de sus ingresos, podemos procesar su solicitud en función de su nivel de ingresos.

Puede solicitar un descuento antes de una cita, cuando visite el hospital para recibir atención médica, cuando reciba la factura por correo. Envíe el formulario completo a Stony Brook Medicine, P.O. Box 1546, Stony Brook, NY 11790-9113. Puede presentar la solicitud hasta 90 días después de la prestación de servicios.

P ¿Cómo sabré si se ha aprobado mi solicitud de descuento?

R Dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que usted completó y presentó la documentación, Stony Brook Medicine le enviará una carta para informarle si se ha aprobado o denegado su solicitud y, en caso de aprobación, cuál es el nivel de descuento que se le ha otorgado.

P ¿Qué sucede si recibo una factura mientras estoy esperando que se me informe si fue aprobada mi solicitud de descuento?

R Usted no puede ser obligado a pagar una factura de servicios hospitalarios mientras está esperando respuesta a una solicitud de descuento. Si se deniega su solicitud, el hospital le debe explicar la razón por escrito y le debe ofrecer una forma de apelar la decisión ante una instancia superior dentro del hospital.

P ¿Qué hago si tengo un problema que no puedo resolver con el hospital?

R Puede comunicarse con la línea directa de quejas del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (New York State Department of Health Complaint Hotline) llamando al (800) 804-5447.



Stony Brook **Medicine**

Fecha:

Estimado paciente:

Conforme a su pedido, se adjunta una solicitud de **Asistencia Financiera**. Sírvase completar el formulario adjunto y enviarlo con **COPIAS** de la documentación solicitada en el sobre franqueado y con la dirección que le entregamos. Una vez que haya presentado su Solicitud de ayuda financiera, puede ignorar sus facturas hasta que reciba nuestra decisión final.

Cuando reciba aprobación, se reducirán sus facturas actuales. Nuestra Oficina de administración le enviará su(s) factura(s) con los descuentos, que esperamos que pague en su totalidad.

Atentamente,

Representante de Ayuda Financiera
(631) 444-4331

Adjunto



Stony Brook Medicine

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

31 Research Way
East Setauket, NY 11733-9113
(631) 444-4331

Usted puede reunir los requisitos para recibir ayuda financiera. Complete esta solicitud y envíela por correo o tráigala a la Oficina de Administración de Stony Brook Medicine con la documentación solicitada. Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 30 días a partir de la recepción de la solicitud completa. Gracias.

Nombre del solicitante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del solicitante: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Nombres y fechas de nacimiento de los familiares que presentan la solicitud: _____

N.º de teléfono de la casa: _____ N.º de teléfono celular: _____

Información del seguro (si se encuentra disponible)

Nombre de la compañía de seguros: _____

Dirección: _____

N.º de identificación y copia de la tarjeta: _____

Por la presente solicito a Stony Brook Medicine, State University of New York at Stony Brook, que me considere para el Programa de Asistencia Financiera.

Certifico que la información que contiene esta solicitud es verdadera y correcta y que la documentación presentada para apoyar esta solicitud, en lo que respecta a ingresos y cantidad de dependientes, es verdadera y correcta.

Firma del paciente/responsable _____ Fecha _____



Stony Brook Medicine

Fecha:

Estimado paciente:

Le informamos que para procesar su solicitud de asistencia financiera, necesitamos los siguientes documentos. ***(RETENDREMOS LOS DOCUMENTOS PARA NUESTROS ARCHIVOS. SOLO ENVÍE COPIAS Y ASEGÚRESE DE QUE ESTÉN FIRMADAS).***

- Su declaración más reciente de impuestos federales sobre la renta (opcional).
- Formulario(s) W-2 actual(es).
- Formulario 1099 o declaración de Desempleo actual, si corresponde.
- Carta de beneficios de Seguro Social, si corresponde.
- Pensión, si corresponde.
- Indemnización laboral, si corresponde.
- Manutención de hijos, si corresponde.
- Copias de tres comprobantes de pago consecutivos o carta del empleador en la que se declaren el salario y la antigüedad en el empleo, en caso de que el solicitante esté trabajando actualmente.
- Carta de apoyo en la que muestre el valor monetario de la persona que afirma proporcionar tal apoyo **(si usted no está trabajando)**.
- Lista de dependientes **(incluidas sus fechas de nacimiento)**.

Atentamente,

Representante de Ayuda Financiera

ENVÍE SU SOLICITUD A LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE. UNA VEZ QUE LA RECIBAMOS, OBTENDRÁ UNA RESPUESTA POR ESCRITO EN APROXIMADAMENTE 30 DÍAS HÁBILES.