

HackensackUMC Pascack Valley Medical Center

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Fecha de entrada en vigencia: 1.º de enero de 2017

POLÍTICA/PRINCIPIOS

El Centro médico HackensackUMC Pascack Valley (en adelante, la “Organización”) tiene la política de garantizar una práctica que sea justa desde el punto de vista social en la prestación de atención de emergencia u otro tipo de atención médicamente necesaria en sus instalaciones. El objetivo de esta política es establecer la elegibilidad para la asistencia financiera de los pacientes que la necesiten y reciban atención de la Organización.

1. La asistencia financiera mostrará nuestro compromiso con el bien común, nuestro particular interés por las personas que viven en la pobreza y otras situaciones de vulnerabilidad así como nuestro compromiso con la responsabilidad.
2. Esta política se aplica a todos los servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios que preste la Organización, incluidos los servicios de médicos contratados y de salud del comportamiento. Esta política no se aplica a acuerdos de pago de procedimientos electivos u otra atención que no sea de emergencia o médicamente necesaria.
3. En la lista de proveedores cubiertos por la política de asistencia financiera, se enumeran los proveedores que prestan atención dentro de las instalaciones de la Organización y se especifica cuáles están cubiertos por la política de asistencia financiera.

DEFINICIONES

A efectos de esta política, se aplican las siguientes definiciones:

- “**501(r)**” hace referencia al artículo 501(r) del Código de Impuestos Internos y de las reglamentaciones promulgadas en virtud de este.
- “**Monto generalmente facturado**” o “**AGB**” hace referencia, con respecto a la atención de emergencia o a otra atención médicamente necesaria, al monto que en general se factura a las personas que cuentan con seguro que cubre esa atención.
- “**Comunidad**” hace referencia al área geográfica del estado de Nueva Jersey.
- “**Atención de emergencia**” hace referencia a una afección laboral o médica de una gravedad tal que podría esperarse razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata ponga en grave peligro la salud del paciente (o del niño no nacido), ocasione deterioro grave de una función corporal o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
- “**Atención médicamente necesaria**” hace referencia a la atención que se establece que es médicamente necesaria después del análisis de los fundamentos clínicos por parte de un médico certificado con el asesoramiento del médico que ingresó al paciente.
- “**Organización**” hace referencia al Centro médico HackensackUMC Pascack Valley.
- “**Paciente**” hace referencia a las personas que reciben atención de emergencia o médicamente necesaria en la Organización y a la persona que debe encargarse de pagar la

atención del paciente.

Asistencia financiera proporcionada

1. Los pacientes con ingresos iguales o inferiores al 200 % del nivel federal de pobreza (“FPL”, por sus siglas en inglés) reunirán los requisitos para una condonación del 100 % de la atención de beneficencia sobre la parte de los cargos por los servicios que el paciente debería abonar después del pago de la aseguradora, de existir.
2. Los pacientes con ingresos que superen el 200 % del nivel federal de pobreza podrán recibir asistencia de beneficencia en función de los siguientes criterios:

Criterios de ingreso

<u>Ingreso como porcentaje de Pautas de ingreso que definen el nivel de pobreza de HHS</u>	<u>Porcentaje de tarifa de Medicaid Abonado por el paciente</u>
Menor que o igual a 200 %	0 %
Mayor que 200 %, pero menor que o igual a 225 %	20 %
Mayor que 225 %, pero menor que o igual a 250 %	40 %
Mayor que 250 %, pero menor que o igual a 275 %	60 %
Mayor que 275 %, pero menor que o igual a 300 %	80 %
Mayor que 300 %	100 %

3. En el caso de que los pacientes en la escala de tarifa variable de entre el 20 y el 80 % deban pagar gastos médicos por cuenta propia calificados que superen el 30 % de sus ingresos brutos anuales (es decir, facturas no pagadas por otras partes), ese monto que supere el 30 % se considera asistencia para el pago de atención en hospitales.
4. La elegibilidad para recibir asistencia financiera puede establecerse en cualquier momento del ciclo de ingresos. La determinación de esta puede incluir el uso de calificación sobre la base de presunciones independientemente de si el solicitante no ha completado la solicitud de asistencia financiera (“Solicitud FAP”).
5. La elegibilidad para recibir asistencia financiera debe establecerse con relación a cualquier saldo que deba pagar el paciente en estado de necesidad económica.

Programa de atención de beneficencia:

- El Programa de asistencia para el pago de atención en hospitales de Nueva Jersey (asistencia para atención de beneficencia) supone la prestación de atención en forma gratuita o a un costo reducido a pacientes que reciben servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios en hospitales con cuidados intensivos en todo el estado de Nueva Jersey. La asistencia en el hospital y la atención a un costo reducido están disponibles para el caso de atención necesaria en hospitales únicamente. Algunos servicios como honorarios médicos, honorarios de anestesiología, interpretación radiológica y recetas ambulatorias son independientes a los cargos del hospital y podrían no ser elegibles para su reducción.

- La fuente de financiación de asistencia para el pago de atención en hospitales es el Fondo de subsidios para la atención de salud administrado en virtud del capítulo 263, de la Ley Pública 1997.

Otra asistencia para pacientes que no reúnen los requisitos de asistencia financiera

Los pacientes que no reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera, como se describe más arriba, podrían reunir los requisitos para recibir otro tipo de asistencia por parte de la Organización. A efectos de la integridad, esa asistencia se enumera aquí, aunque no se base en la necesidad y su objetivo no sea estar sujeta al artículo 501(r). Sin embargo, se incluye en la presente para la comodidad de la comunidad a la que el Centro médico HackensackUMC Pascaack Valley presta servicios.

1. Los pacientes no asegurados que no reúnan los requisitos para recibir asistencia financiera recibirán un descuento en las tarifas en función de los siguientes criterios:
 - (a) Procedimientos para pacientes hospitalizados: 100 % de la tarifa de Medicare
 - (b) Visitas al departamento de emergencia: 115 % de la tarifa de Medicare
 - (c) Pacientes ambulatorios electivos: 200 % de la tarifa de Medicare
 - (i) Los procedimientos de obstetricia y cosmética tienen regímenes de tarifas de pago particular establecidos y no están sujetos a una tarifa en función del reembolso de Medicare.

Limitaciones a los cargos de los pacientes que reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera

Los cargos facturados en forma particular a los pacientes que reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria no serán superiores a los AGB. Tampoco se facturará más que los cargos brutos por cualquier otro tipo de atención médica prestada. La Organización calcula uno o más porcentajes de AGB mediante el método de cálculo retroactivo, en el que incluye la tarifa por servicio de Medicare y todas las aseguradoras privadas que pagan reclamos a la Organización, todo en conformidad con el artículo 501(r). Previa solicitud, se puede obtener en cualquier área de admisiones una copia sin costo de la descripción y de los porcentajes del cálculo de los AGB. Los pacientes también pueden solicitar una copia sin costo del cálculo y del porcentaje de los AGB por correo. Para ello, deben llamar a Servicios Financieros al Paciente al (201)383-1043 y solicitar que se envíe una copia a la dirección postal del paciente.

Solicitud de asistencia financiera y otra asistencia

El paciente puede reunir los requisitos para recibir asistencia financiera a través de la elegibilidad en función de la calificación sobre la base de presunciones o puede solicitar asistencia financiera, para lo que debe presentar una Solicitud FAP completa. Previa solicitud del paciente, se entregarán la Solicitud FAP y sus instrucciones al momento de prestación de servicios. En caso de que el paciente desee solicitar asistencia financiera después de la fecha de prestación del servicio, el paciente puede acceder a la Solicitud FAP y sus instrucciones e imprimirlas directamente desde el sitio web de HackensackUMC Pascaack Valley. Los pacientes también pueden solicitar una copia de la Solicitud FAP y sus instrucciones por correo. Para solicitar una

copia de los documentos por correo, los pacientes deben llamar al departamento de Servicios Financieros al Paciente al (201)383-1043. En cada una de las ubicaciones de contacto mencionadas más arriba, la Solicitud FAP y sus instrucciones están disponibles en inglés y en español.

Cronograma de cobro del paciente. Servicios de pacientes hospitalizados y ambulatorios

El Centro médico HackensackUMC Pascack Valley proporciona resúmenes de cuenta de facturación de los servicios proporcionados después de que el seguro ha procesado el reclamo o en forma inmediata para los pacientes sin seguro.

Los saldos que debe pagar el paciente incluyen los siguientes:

- Pago particular (paciente sin seguro);
- pago particular después del seguro (el seguro ha cumplido su responsabilidad, el saldo restante debe ser cancelado por el paciente);
- atención de beneficencia (cargos con descuento en función de los percentiles de beneficencia);
- pago particular después de Medicare (responsabilidad del paciente según lo establecido por Medicare).

Ciclo del estado de cuenta

En el caso de todos los pacientes, se envía un estado de cuenta aproximadamente cinco días después de que el saldo se torna responsabilidad del paciente.

Todos los saldos de pago particular: el ciclo completo de facturación dura 120 días antes de que el saldo se envíe a cobros. Se envía un estado de cuenta al paciente después de que el seguro ha pagado su parte, de corresponder. En caso de que el monto total adeudado por el paciente no se cobre antes de la fecha de vencimiento, el paciente recibirá estados de cuenta posteriores (hasta un máximo de 5 en total). En caso de que no se reciba el pago, la cuenta se enviará a una agencia de cobranzas.

Los pacientes que tengan preguntas sobre sus saldos pueden llamar al Servicio de Atención al Cliente al (866) 525-5557 para consultar si reúnen los requisitos para un acuerdo de pago. Los pacientes que no puedan pagar pueden comunicarse con la oficina de Asistencia Financiera al (201) 383-1043.

Los proveedores del Departamento que prestan servicio de emergencia u otros servicios de salud necesarios dentro de las instalaciones del hospital

Departamento/Entidad/Grupo	¿Está cubierto por la Política de Asistencia Financiera?
Departamento de Anestesiología	No
Departamento de Medicina de Urgencias	No
Departamento de Medicina	No
Departamento de Obstetricia y Pediatría	No
Departamento de Cirugía	No
Departamento de Radiología	No
Departamento de Cardiología	No