

HackensackUMC Mountainside Medical Center

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Fecha de vigencia: 1 de enero de 2017

POLÍTICA/PRINCIPIOS

La política de HackensackUMC Mountainside Medical Center (la “Organización”) es asegurar una práctica socialmente justa con el fin de proporcionar atención de emergencia u otro tipo de atención médicamente necesaria en las instalaciones de la Organización. Esta política está diseñada de forma específica para abordar la calificación para la asistencia financiera de los pacientes que la necesitan y que reciben atención de la Organización.

1. Toda asistencia financiera reflejará nuestro compromiso con el bien común, nuestra preocupación especial por las personas que viven en condiciones de pobreza y otras situaciones de vulnerabilidad, así como nuestro compromiso con la administración.
2. Esta política se aplica a todos los servicios de emergencia y demás servicios médicamente necesarios proporcionados por la Organización, incluidos los servicios de los médicos empleados y la salud del comportamiento. Esta política no se aplica a acuerdos de pago para procedimientos opcionales u otra atención que no sea de emergencia ni médicamente necesaria.
3. La Lista de proveedores cubiertos por la Política de asistencia financiera ofrece una lista de los proveedores que brindan atención dentro de las instalaciones de la Organización, especificando lo que se cubre y lo que no a través de la Política de asistencia financiera.

DEFINICIONES

Las siguientes definiciones rigen a los fines de esta política:

- “**501(r)**” significa la Sección 501(r) de la Ley Federal Tributaria y la reglamentación aprobada en virtud de esta.
- “**Monto generalmente facturado**” o “**AGB**” significa, en lo que respecta a la atención de emergencia u otro tipo de atención médicamente necesaria, el monto que normalmente se factura a las personas que poseen un seguro que cubre dicha atención.
- “**Comunidad**” significa el área geográfica del estado de New Jersey.
- “**Atención de emergencia**” significa parto o una condición médica de tal gravedad que la falta de atención médica inmediata podría razonablemente comprometer de forma seria la salud del paciente (o del feto), la alteración grave de una función corporal o la disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo.
- “**Atención médicamente necesaria**” significa la atención que se determina como médicamente necesaria después de la decisión que tomó con fundamento clínico el médico calificado en consulta con el médico de admisión.
- “**Organización**” significa HackensackUMC Mountainside Medical Center.
- “**Paciente**” significa aquellas personas que reciben atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria en la Organización, y la persona que es financieramente responsable por la atención del paciente.



Asistencia financiera provista

1. Los pacientes con un ingreso menor o igual al 200% del nivel de pobreza federal (Federal Poverty Level, FPL) podrán recibir la atención de caridad (condonación del 100%) de aquella parte de los gastos por servicios que debería pagar el paciente después del pago de la aseguradora, si correspondiera.
2. Los pacientes con un ingreso mayor al 200% del nivel de pobreza federal (“FPL”) podrán recibir la asistencia de caridad según los siguientes criterios:

Criterios de ingreso

<u>Ingreso como un porcentaje de los Lineamientos Federales de Pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS)</u>	<u>Porcentaje del gasto pagado por el paciente</u>
Menor o igual al 200%	0%
Mayor al 200% pero menor o igual al 225%	20%
Mayor al 225% pero menor o igual al 250%	40%
Mayor al 250% pero menor o igual al 275%	60%
Mayor al 275% pero menor o igual al 300%	80%
Mayor al 300%	100%

3. Si los pacientes en la escala móvil del 20% al 80% deben pagar por su cuenta gastos médicos calificados que superen el 30% de sus ganancias anuales brutas (es decir, facturas que no se pagan a través de otras partes), el monto superior al 30% se considera como asistencia de pago para la atención hospitalaria.
4. La calificación para la asistencia financiera se puede determinar en cualquier momento del ciclo de ingresos, y puede implicar el uso de un puntaje presunto a los fines de determinar la calificación, incluso si el solicitante no ha completado la solicitud de asistencia financiera (“Solicitud de FAP”).
5. La calificación para la asistencia financiera se debe determinar para cualquier saldo que deba pagar el paciente que tiene la necesidad financiera.

Programa de atención de caridad:

- El Programa de asistencia de pago para la atención hospitalaria en New Jersey (Asistencia de atención de caridad) ofrece atención gratuita o bien con descuento, y se proporciona a los pacientes que reciben servicios de internación y de carácter ambulatorio en hospitales de servicios intensivos en todo el estado de New Jersey. La asistencia hospitalaria y la atención con descuento están a disposición solo para la atención hospitalaria necesaria. Algunos servicios, como las tarifas de los médicos y anestesiastas, la interpretación radiológica y las prescripciones ambulatorias, se cobran por separado de los gastos hospitalarios, y es posible que no califiquen para recibir un descuento.
- La fuente de financiamiento para la asistencia de pago para la atención hospitalaria es el Fondo de subsidio para la atención médica que se administra en virtud del Capítulo 263 de la Ley Pública 1997.



Otro tipo de asistencia para pacientes que no califican para la asistencia financiera

Los pacientes que no califican para la asistencia financiera (según se describe anteriormente) pueden acceder a otros tipos de asistencia que ofrece la Organización. Estos tipos de asistencia se enumeran a continuación para ofrecer un detalle exhaustivo, si bien no se basan en las necesidades y no están sujetos a 501(r), sino que se incluyen con el fin de prestar un servicio a la comunidad atendida por HackensackUMC Mountainside Medical Center.

1. Los pacientes no asegurados que no reúnan los requisitos para la asistencia financiera recibirán una tarifa con descuento en función de los siguientes criterios:
 - (a) Procedimientos de internación, emergencia y con carácter ambulatorio: 115% de la tarifa de Medicare
 - (i) Los procedimientos de obstetricia y estética poseen una estructura tarifaria de pago particular, y no están sujetos a ninguna tarifa basada en los reembolsos de Medicare.

Limitaciones de gastos para pacientes calificados para la asistencia financiera

Los pacientes calificados para la asistencia financiera no pagarán individualmente más que el AGB para la atención de emergencia u otro tipo de atención médicamente necesaria, y no pagarán ningún monto que supere los gastos brutos para todas las demás atenciones médicas. La Organización calcula uno o más porcentajes de AGB utilizando el método “retroactivo” e incluyendo las tarifas por los servicios de Medicare y todas las aseguradoras privadas de salud que pagan reclamos a la Organización, todo de acuerdo con el 501(r). Puede solicitar una copia gratuita de la descripción y los porcentajes de cálculo de AGB en el mostrador de ingreso. Los pacientes también pueden solicitar que se les envíe por correo una copia gratuita del cálculo y el porcentaje de AGB llamando a Servicios financieros para el paciente al (973) 429-6000, interno 5910 para recibir una copia en la dirección de correo del paciente.

Solicitud de la asistencia financiera y otros tipos de asistencia

El paciente puede calificar para la asistencia financiera a través del puntaje presunto o solicitando la asistencia financiera mediante la presentación de una Solicitud de FAP completa. La solicitud de FAP y las instrucciones correspondientes se entregarán al paciente cuando este las solicite al momento del servicio. Si el paciente desea solicitar la asistencia financiera después de los días del servicio, puede acceder a la solicitud de FAP y las instrucciones correspondientes e imprimirlas directamente desde el sitio web de HackensackUMC Mountainside. Los pacientes también pueden solicitar una copia de la solicitud de FAP y las instrucciones correspondientes por correo. Para solicitar una copia de los documentos por correo, llame al departamento de Servicios financieros para el paciente al (973) 429-6000, interno 5910. En cada una de las ubicaciones accesibles que se mencionan anteriormente, la solicitud de FAP y las instrucciones correspondientes se encuentran tanto en inglés como español.

Calendario de cobro para el paciente (servicios de internación y de carácter ambulatorio)

HackensackUMC Mountainside Medical Center proporciona estados de cuenta para los servicios prestados después de que el seguro ha procesado el reclamo, o de forma inmediata para los pacientes que no tienen seguro. Los saldos que debe pagar el paciente incluyen lo siguiente:



- Pago particular (pacientes sin seguro)
- Pago particular después del seguro (el seguro ha pagado su parte y el paciente debe pagar el saldo restante)
- Atención de caridad (gastos con descuento según los percentiles de caridad)
- Pago particular después de Medicare (el monto que debe pagar el paciente según lo estipula Medicare)

Ciclo del resumen de cuenta

Para todos los pacientes, el resumen de cuenta se envía por correo aproximadamente cinco días después de que el saldo se convierte en responsabilidad del paciente.

Todos los resúmenes de cuenta de pagos particulares – El ciclo total de facturación cuenta con 120 días antes de que se envíe el saldo a cobrar. Se envía un resumen de cuenta al paciente después de que el seguro ha pagado su parte, si corresponde. Si el paciente no paga el monto total adeudado antes de la fecha de vencimiento, el paciente continuará recibiendo resúmenes de cuenta (hasta cinco en total). Si el pago no se recibe hasta ese momento, la cuenta se enviará a una agencia de cobro.

Si tiene preguntas sobre su resumen de cuenta, puede llamar al Servicio para clientes al (866) 525-5558 para consultar si califica para un acuerdo de pago. Los pacientes que no puedan pagar pueden comunicarse con nuestra oficina de Asistencia financiera al (973) 429-6000, interno 5910.