

**SAINT PETER'S UNIVERSITY HOSPITAL
POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA ("FAP")**

Fecha de entrada en vigencia: 1.º de enero de 2016 (Rev. 1/21/2019)

INTRODUCCIÓN:

Saint Peter's University Hospital ("SPUH", por sus siglas en inglés) y todas las entidades sustancialmente relacionadas aseguran que todos los pacientes reciben servicios de emergencia esenciales y otros servicios de atención médica necesarios independientemente de su capacidad para pagar.

I. ELEGIBILIDAD:

A. Pacientes sin seguro

Los Servicios de Recursos de SPUH revisan todas las cuentas de los pacientes sin seguro (que pagan ellos mismos). Este proceso requiere que evaluemos esta población de pacientes para verificar su posible elegibilidad para programas de asistencia estatales o federales, así como para también informar a todos los pacientes, representantes, médicos que derivan y empleados de SPUH sobre que se puede solicitar asistencia financiera.

➤ **Atención caritativa**

Los pacientes que no cumplan con los requisitos de Medicaid/New Jersey Family Care serán evaluados para el New Jersey Charity Care Program:

- Los ingresos familiares (basados en el tamaño de la familia) deben ser menores o iguales al 200 % del nivel de pobreza federal ("FPL", por sus siglas en inglés) para ser elegible para la atención gratuita. Para personas individuales, los bienes no pueden exceder los \$7,500 y, para las familias, los bienes no deben exceder los \$15,000.

Para completar las solicitudes, el solicitante debe proporcionar la siguiente documentación:

- documentos de identificación adecuados del paciente y de la familia;
- comprobante de residencia en Nueva Jersey (en la fecha del servicio) (*Nota: Esto no es necesario para la atención de emergencia*);
- comprobante de ingresos brutos; y
- comprobantes de bienes (en la fecha del servicio).

Se proporcionará una lista completa de los documentos requeridos al momento de la solicitud.

Después de completar la solicitud, SPUH realizará una determinación de elegibilidad para la política de asistencia financiera (FAP, por sus siglas en inglés) en un plazo de 10 (diez) días. Si se considera que la solicitud está incompleta, SPUH emitirá una denegación por escrito que detalle la documentación adicional necesaria para obtener la aprobación. SPUH concede un período de 24 (veinticuatro) meses desde la fecha del servicio para permitirle al solicitante completar la solicitud.

En el momento de tomar una decisión de elegibilidad, revisaremos todos los saldos de las cuentas y realizaremos los ajustes de saldos y reembolsos requeridos, si corresponde.

Programa de asistencia financiera:

No se requiere una solicitud por escrito para beneficiarse de nuestro programa de asistencia financiera (FAP), pero utilizaremos los datos recopilados (de todas las fuentes externas e internas posibles) durante la evaluación de la elegibilidad para recibir atención caritativa o beneficiarse de otros programas gubernamentales para determinar el monto adecuado que se cobrará con base en la estructura de tasas.

SPUH verifica la elegibilidad para recibir cobertura de terceros a través del producto de autorización de Relay Health.

Todos los pacientes que sigan cancelando ellos mismos sus gastos médicos debido a que no son elegibles para beneficiarse de programas de asistencia estatales o federales, al incumplimiento o a que no puedan pagar (o inscribirse) para obtener la cobertura mínima esencial conforme a la Ley de Atención Asequible serán considerados presuntamente elegibles para recibir la asistencia financiera y sus cargos se reducirán a un monto inferior de:

- la cantidad calculada según la escala proporcional de Nueva Jersey si se ubican dentro del 201 % al 300 % del “FPL”;
- 115 % de las tarifas de Medicare si se ubican dentro del 301 % al 500 % del “FPL”; o
- los porcentajes de los Montos Generalmente Facturados (“AGB”, por sus siglas en inglés), como se define en el **ANEXO I.**

La elegibilidad para el FAP se puede actualizar en cualquier momento durante el ciclo de facturación y cobranza.

Si presuntamente se determina que una persona recibe menos de la asistencia más generosa disponible conforme al FAP, se le proporcionará lo siguiente:

- una notificación con respecto a la presunta determinación de elegibilidad para el FAP y a una explicación sobre cómo puede solicitar una asistencia más generosa;
- un período de tiempo razonable, generalmente de hasta 30 días, para solicitar una asistencia más generosa antes de emprender Acciones de Cobranza Extraordinarias (“ECA”, por sus siglas en inglés); y
- una nueva determinación del estatus de elegibilidad para el FAP de la persona, si se recibe la solicitud de una asistencia más generosa.

B. Pacientes asegurados

Todos los pacientes elegibles para el FAP con seguros activos de atención de salud no serán personalmente responsables de pagar más que los AGB, definidos a continuación, sin incluir todos los reembolsos que el asegurador de salud haya abonado a su cuenta.

En caso de que el paciente esté asegurado y el seguro no cubra el 100 % del costo, el paciente también puede ser elegible para recibir una atención gratuita o con descuento.

II. FUNDAMENTO DEL CÁLCULO DE TARIFAS para el Programa de Asistencia Financiera – Montos Generalmente Facturados:

El fundamento del cálculo de los AGB se basa en la utilización del “Método Retroactivo” calculado en función de los reclamos permitidos (lo que incluye tanto la responsabilidad del asegurador como de la persona) en un período de doce meses. El cálculo y las tarifas asociadas se detallan en el **ANEXO II** para cada una de las entidades cubiertas conforme a esta política.

La determinación de los AGB y el método utilizado serán definidos y calculados, como mínimo, una vez por año.

Los individuos elegibles para el FAP no deberán pagar más que los AGB por la atención de emergencia y otra atención médica necesaria, ***por lo tanto, SPUH no aplicará cargos brutos a las personas elegibles para el FAP por ninguna atención médica necesaria.***

III. POLÍTICA DE COBRANZA:

Se han establecido los siguientes criterios para garantizar que se hayan agotado todos los esfuerzos para asegurar que el paciente no es elegible para un programa gubernamental, que tiene acceso o medios para obtener una cobertura de salud de terceros y que hemos agotado todos los esfuerzos razonables para cobrar las obligaciones de pago pendientes, lo que incluye el estatus de elegibilidad para el FAP (y, si es elegible, asegurar que las tarifas/cargos se hayan ajustado a los niveles correspondientes). Los criterios incluyen lo siguiente:

- 1) Se debe confirmar que el saldo por cobrar de las cuentas es el monto del cual es responsable el paciente (o el garante). Si la cuenta tiene antecedentes previos de elegibilidad para Medicaid o atención caritativa, realizaremos todos los esfuerzos por revisar la documentación actual y verificar la posible elegibilidad.
- 2) En las notas de la cuenta debe existir la documentación de que se enviaron al menos **4 (cuatro) estados de cuenta después del alta** con el saldo del paciente confirmado a la dirección actual que aparezca en nuestros registros. Los mensajes en el estado de cuenta son progresivos por naturaleza: el último de estos debe contener un mensaje claro que indique que si después de 30 días de la fecha de este aviso si no se liquida el saldo en su totalidad ni se ha establecido un plan de pagos, la cuenta califica para ser transferida a una de nuestras agencias externas de cobranza. Tenga en cuenta que este aviso de “30 días” también debe:
 - proporcionarle a la persona el aviso por escrito de que hay asistencia financiera disponible para los individuos elegibles;
 - incluir una descripción de cualquier otra ECA que SPUH pretenda emprender además de enviar la deuda a una agencia externa de cobranza (refiérase al punto 5 a continuación); e
 - incluir una copia del Resumen en Lenguaje Sencillo (PLS, por sus siglas en inglés).

Además, SPUH debe hacer los esfuerzos razonables por notificar oralmente a la persona acerca del FAP.

- 3) Debe haber un período mínimo de **120 días desde la fecha del primer estado de cuenta luego del alta** antes de la cancelación de cualquier deuda incobrable y la posible derivación a una de nuestras agencias externas de cobranza.
- 4) Si en cualquier momento se le notifica a nuestra agencia externa de cobranza que el paciente/garante es elegible para el FAP, el hospital se reserva la opción de:

- a. Retirar la cuenta de la agencia de cobranza y volver a empezar el proceso de cobranza con el saldo ajustado de manera que el paciente/garante no pague más del monto por el que es responsable como persona elegible para el FAP y reembolsar cualquier pago realizado que exceda el saldo ajustado (si es superior a \$5); o
 - b. Hacer que la agencia de cobranza retenga la cuenta y volver a empezar el proceso de cobranza con el saldo ajustado de manera que el paciente/garante no pague más del monto por el que es responsable como persona elegible para el FAP y reembolsar cualquier pago realizado que exceda el saldo ajustado (si es superior a \$5).
- 5) Además de lo establecido en el punto cuatro (descrito anteriormente: “4”), después de determinar la elegibilidad para el FAP, SPUH puede emprender ECA adicionales que incluyen, entre otras:
- a. emprender acciones que requieran un proceso legal o judicial, inclusive derechos de retención, ejecuciones hipotecarias, acciones civiles;
 - b. proporcionar la información negativa a las agencias u oficinas crediticias; y
 - c. retrasar, negar o solicitar un pago antes de brindar atención de emergencia o no médicamente necesaria a causa del incumplimiento del pago de atención brindada anteriormente cubierta conforme al FAP.

IV. POLÍTICA DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Los pacientes que ingresan y son tratados en el Departamento de Emergencias recibirán la atención adecuada independientemente de su capacidad para pagar o elegibilidad para recibir asistencia financiera. Los exámenes o el tratamiento no se retrasarán a fin de determinar su seguro, elegibilidad para el FAP o su estatus de pago de conformidad con las reglamentaciones de la Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto (EMTALA, por sus siglas en inglés).

V. PROVEEDORES DISTINTOS A LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL QUE PROPORCIONEN ATENCIÓN DE EMERGENCIA O CUALQUIER OTRO SERVICIO MÉDICO NECESARIO Y SU COBERTURA O NO CONFORME AL FAP DE SPUH

Consulte el **Anexo III** para obtener una lista de proveedores distintos a las instalaciones del hospital que proporcionen atención de emergencia o cualquier otro servicio médico

necesario, incluidos independientemente de su cobertura conforme al FAP de SPUH. Tenga en cuenta que este Anexo será actualizado, como mínimo, cada tres meses, si fuera necesario.

VI. NOTIFICACIÓN/PROMOCIÓN DEL FAP

Se han implementado las siguientes medidas para asegurar que la información relacionada con el FAP de SPUH esté “ampliamente publicitada” y disponible y que se haya calculado para llegar a los miembros que puedan solicitar nuestros servicios.

- a) El FAP de SPUH y un Resumen en Lenguaje Sencillo (“PLS”) del FAP están disponibles en nuestro sitio web -- www.saintpetershcs.com.
- b) Las copias en papel del FAP y del PLS están disponibles a pedido y sin cargo por correo y también se ofrecen en varias áreas en las instalaciones del hospital, incluidas Admisiones, Registro del Paciente, Departamento de Sala de Emergencias, Servicios de Recursos y Alta del Paciente. Las solicitudes por escrito deben ser enviadas a:

Saint Peter’s University Hospital
Attn: Resource Services
254 Easton Avenue
New Brunswick, NJ 08901

- c) Las solicitudes orales para obtener copias en papel del FAP y del PLS podrán hacerse al comunicarse con:

Saint Peter’s University Hospital
Departamento: Resource Services
N.º de teléfono: 732.745.8600 Extensión: 5019

- d) SPUH está comprometido a ofrecer asistencia financiera a pacientes elegibles que no tengan la capacidad de pagar por sus servicios médicos total o parcialmente. Para lograr este objetivo de beneficencia, SPUH y todas las entidades sustancialmente relacionadas publicitarán ampliamente este FAP y el PLS en las comunidades en las que servimos.
- e) El FAP y el PLS están disponibles en inglés y en otros idiomas que constituyen menos del 5 % o 1,000 personas dentro del área de servicios primarios de SPUH.
- f) Se colocarán letreros para notificar a los pacientes/garantes de nuestro FAP en lugares visibles, incluidas las áreas del Departamento de Admisiones, Servicios Ambulatorios y

Sala de Emergencias y brindaremos un número de teléfono y la dirección de las oficinas que puedan brindar información sobre cómo solicitar nuestro FAP.

VII. TARIFAS DE LOS MONTOS GENERALMENTE FACTURADOS (AGB)/PROGRAMA DE TARIFAS (como porcentaje de los cargos) – Detallado bajo el título Anexo I – Montos generalmente facturados

VIII. ANEXO II– FUNDAMENTO DE LAS TARIFAS (CÁLCULO DE AGB)

Saint Peter’s University Hospital (SPUH)

Saint Peter’s University Hospital ha elegido el método “retroactivo” para calcular los Montos Generalmente Facturados (“AGB”). El porcentaje de los AGB se calcula anualmente basado en un período anterior de 12 meses e incluye los siguientes grupos de pagadores:

1. Pago por servicio de Medicare; y
2. Aseguradores privados de salud (incluido Medicare Advantage).

A los pacientes elegibles para el FAP no se les cobrará más que los AGB por atención de emergencia o por otra atención médica necesaria.

IX. PROVEEDORES DISTINTOS A LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL QUE PROPORCIONEN ATENCIÓN DE EMERGENCIA O SERVICIOS MÉDICOS NECESARIOS Y SU COBERTURA O NO CONFORME AL FAP DE SPUH-- Detallado bajo el título Anexo III – Lista de proveedores participantes