



Política n.º: **106.14**
Fecha de emisión original: 12/30/1998
Fecha de revisión: 4/1/2016
Fecha de corrección: 2/21/2017

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL

Categoría: Económica
Cargo: **Política de ayuda económica**
Aplicabilidad: Thomas Jefferson University Hospitals, Inc.
Contribuyentes/departamentos: Servicios empresariales, Cumplimiento, Departamento jurídico
contribuyentes:

PROPÓSITO

Thomas Jefferson University Hospitals, Inc. (“TJUH”) está comprometido a tratar a los pacientes con dignidad y consideración sin importar sus circunstancias económicas de conformidad con la Sección 501(r) del IRC.

POLÍTICA

Es la política de TJUH brindar ayuda económica en forma de atención de caridad y atención de caridad parcial a pacientes que residen en el área de servicio local y requieren atención de emergencia y medicamento necesaria, y que no son elegibles para Medicaid, han agotado o limitado los beneficios de seguro y cumplen con los criterios de ingresos y bienes o los estándares de indigencia médica como se menciona en esta política.

TJUH considera la capacidad de cada paciente de pagar su atención médica de emergencia o medicamento necesaria y brinda atención de caridad o atención de caridad parcial a los pacientes elegibles que residen en las áreas de servicio locales y que no pueden pagar la atención médica según esta política. Esta política describe los procedimientos de elegibilidad para obtener atención de caridad y atención de caridad parcial de conformidad con las leyes federales, estatales y locales.

Según las reglamentaciones de la Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto (Federal Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA), los pacientes que acuden a TJUH para obtener atención de emergencia no están sujetos a un análisis económico antes de recibir la atención. Además, los pacientes no estarán sujetos a actividades de cobro que interfieran con la atención médica de emergencia. El otorgamiento de ayuda económica no tendrá en cuenta edad, género, raza, condición social o de inmigración, orientación sexual o afiliación religiosa. TJUH debe funcionar de acuerdo con todos los requisitos federales, estatales y locales del suministro de servicios de salud, incluidos los requisitos de examen y derivación bajo la Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto (Federal Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA). Consulte la política n.º 113.36.

DEFINICIONES

Montos generalmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés): TJUH utilizará el método “mirar hacia atrás” de Medicare para determinar los AGB. TJUH determinará los AGB mediante la división de la suma de los montos de todas las solicitudes de atención de emergencia y medicamento necesaria avaladas por Medicare en un periodo de 12 meses entre la suma de los costos brutos asociados de esas solicitudes. Consulte el Apéndice B para obtener una descripción del porcentaje de AGB.

Periodo de solicitud: el periodo durante el cual TJUH aceptará y procesará las solicitudes de la política de ayuda económica (FAP, por sus siglas en inglés). Este periodo comienza en la fecha que se brinda la atención médica y termina 240 días después de que TJUH le proporciona al paciente el primer resumen de cuenta por la atención brindada.

Atención de caridad: atención médica 100 % gratuita para servicios médicamente necesarios brindados por TJUH. Los pacientes no asegurados o con seguro limitado para un servicio médicamente necesario, no elegibles para una cobertura del Gobierno u otras coberturas y con ingresos familiares que no superen el 200 % de las Pautas federales de pobreza son elegibles para recibir atención de caridad.

Atención médica de emergencia: — (A) una condición médica que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor intenso) por los que se puede esperar que la falta de atención médica inmediata resulte en (i) un gran peligro para la salud del individuo (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o del niño no nacido), (ii) una discapacidad grave de las funciones corporales o (iii) una disfunción grave de un órgano o una parte del cuerpo; o (B) en el caso de una mujer embarazada que tiene contracciones— (i) que no haya tiempo para realizar una derivación segura a otro hospital antes del parto, o (ii) que la derivación pueda significar un riesgo para la salud o la seguridad de la mujer o del niño no nacido.

Área de servicio local: Pensilvania, Nueva Jersey y Delaware

Médicamente indigente: pacientes que, a pesar de sus ingresos, tienen un bajo nivel de activos líquidos; el pago de las facturas médicas sería muy perjudicial para su bienestar y supervivencia económicos.

Atención médicamente necesaria: cualquier estudio de diagnóstico, procedimiento o tratamiento necesarios para prevenir, diagnosticar, corregir, curar o aliviar el empeoramiento de las condiciones que ponen en peligro la vida, causan sufrimiento o dolor, resultan en enfermedad o dolencias, amenazan con causar o agravar una minusvalía, o causar una deformidad o un mal funcionamiento físicos, si no hay otro tratamiento de igual eficacia, más conservador o menos costoso.

Atención de caridad parcial: atención con descuento para servicios médicamente necesarios brindados por TJUH. Los pacientes no asegurados o con seguro limitado para un servicio médicamente necesario y que tienen ingresos familiares que superan el 200 %, pero no superan el 400 % de las Pautas federales de pobreza, son elegibles para recibir atención de caridad parcial. Sin

embargo, los pacientes que de otro modo calificarían para la atención de caridad parcial, pero que tienen suficientes activos líquidos disponibles para pagar la atención sin volverse médicamente indigentes no son elegibles para la atención de caridad parcial.

Presunta elegibilidad para la atención de caridad: una determinación por la que se presume que un paciente es elegible para la atención de caridad cuando el paciente u otra fuente brindan información adecuada que le permita a TJUH determinar que el paciente califica para la atención de caridad.

Thomas Jefferson University Hospital (“TJUH”): Consulte el Apéndice A para ver todas las ubicaciones de TJUH cubiertas por esta política. Los médicos no se incluyen en esta definición y no están cubiertos por esta política.

Paciente no asegurado: un individuo que no tiene una cobertura de atención médica de terceros, ya sea: (a) un tercero asegurador, (b) un plan ERISA, (c) un programa de atención médica federal (incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, HealthChoices, CHIP, adultBasic y TRICARE), (d) una indemnización por accidente laboral, (e) reaseguro de salud o cuenta de ahorros, u (f) otra cobertura, por una parte de la factura, incluidas las demandas contra terceros cubiertas por el seguro al cual TJUH está subrogado, pero solo si el pago realmente lo realiza esa compañía de seguros.

Paciente con seguro limitado: un individuo que tiene cobertura de seguro de salud limitada en el ámbito de los servicios cubiertos o por los máximos de la póliza, por lo cual sus facturas médicas no se cubren en su totalidad.

PROCEDIMIENTO

I. Identificación de los pacientes elegibles para la atención de caridad o la atención de caridad parcial

- A. Los pacientes que califican para la atención de caridad o la atención de caridad parcial deben identificarse lo más pronto posible, ya sea antes o después de que se brinde la atención.
- B. TJUH debe publicar carteles y avisos en Internet para orientar a los pacientes sobre la disponibilidad de la atención de caridad y la atención de caridad parcial en los idiomas inglés, español, mandarín y vietnamita.

II. Difusión de la información de elegibilidad

- A. Los pacientes identificados a través del proceso de inscripción que parecen no tener seguro o tener seguro limitado y aquellos que indican su incapacidad de pagar los servicios médicamente necesarios deben recibir:
 - 1. un paquete de información que describa esta política de atención de caridad y los procedimientos relevantes, incluida una solicitud de ayuda económica; y
 - 2. asesoramiento económico, incluida una solicitud de ayuda económica.
- B. La asistencia de traducción para completar los formularios necesarios está disponible para los pacientes que no dominan la lectura, la escritura y el habla del inglés.

- C. Para permitirle a TJUH determinar de forma adecuada la elegibilidad para la atención de caridad o la atención de caridad parcial, se deben traducir a diversos idiomas los documentos que TJUH les brinda a los pacientes y se proporcionará asistencia de traducción según sea necesario.
- D. Esta política, un Resumen de idiomas del plan (“PLS”) de la política y una solicitud se encuentran disponibles en nuestro sitio web <http://hospitals.jefferson.edu/patients-and-visitors/patient-policies/financial-assistance/>
- E. Copias en papel del programa FAP, formulario de solicitud del FAP y el PLS del FAP sin cargo disponibles a pedido por correo y en lugares públicos del centro.
- F. Se distribuirán copias en papel del PLS del FAP como parte del proceso de admisión o alta con respecto a individuos que reciben atención del centro.

III. Metodología de elegibilidad

- A. TJUH debe cumplir con una metodología establecida para determinar la elegibilidad para la atención de caridad y la atención de caridad parcial. La metodología debe considerar si los servicios de atención médica cumplen con los criterios de necesidad médica, ingresos, tamaño familiar y recursos disponibles para pagar la atención.
- B. Se deben evaluar todos los recursos económicos disponibles antes de tomar una determinación con respecto a la atención de caridad o la atención de caridad parcial. TJUH debe considerar los recursos económicos del paciente, así como de otras personas que tienen la responsabilidad legal de mantener al paciente (por ejemplo, padre de un menor, cónyuge).
- C. El paciente/garante debe proporcionar copias de documentos que corroboren los niveles de ingresos y activos. Los documentos para corroborar los niveles de ingresos y activos incluyen lo siguiente:
 - Si el paciente tiene ingresos (familiares):
 - copia del formulario 1040 del IRS. (Si el individuo no presentó una declaración federal de impuestos, el paciente debe declararlo por escrito y declarar que el individuo no debe presentarla y por qué);
 - copia de la declaración federal de impuestos más reciente para el individuo que ha declarado al paciente como dependiente;
 - formularios 1099 de Seguridad Social (si corresponde);
 - cartas de concesión de indemnización por desempleo o accidente laboral (si corresponde);
 - comprobantes de pago de los últimos tres meses;
 - si es autónomo, el Cronograma C o el estado de pérdidas y ganancias.
 - Si el paciente no tiene ingresos (familiares):
 - Carta de ayuda (económica). El individuo que brinda esa ayuda debe firmar la carta y hacer certificar el documento por un notario.
 - Todos los pacientes deben proporcionar copias de los resúmenes más recientes para lo siguiente (si corresponde):
 - cuentas corrientes o de ahorro;
 - acciones, bonos, certificados de depósito (CD), cuentas de alto rendimiento o rentas;
 - cualquier otra inversión (incluidos los bienes inmuebles);

- cuentas de ahorro para la salud (HAS), cuentas de ahorro médico (MSA), arreglos de gastos flexibles (FSA) o arreglos de reembolso de salud (HRA).
- D. Se le debe requerir al paciente/garante que brinde suficiente información para que TJUH determine si el paciente es elegible para los beneficios disponibles del seguro, Medicare, Medicaid, indemnización por accidente laboral, responsabilidad de terceros y otros programas federales, estatales y locales.
1. Si en el curso de la evaluación de las circunstancias económicas del paciente TJUH determina que el paciente puede calificar para programas o cobertura de seguro federales, estatales o locales, se brindará asesoramiento económico para ayudar a los pacientes a solicitar la cobertura disponible. Se les negará la atención de caridad o la atención de caridad parcial a los pacientes/garantes que no cooperen completamente con la solicitud de la cobertura disponible.
 2. Los pacientes con reaseguro de salud o cuentas de ahorros médicos están asegurados para los fines de esta política y el monto depositado se considerará como un recurso disponible para el pago de servicios médicamente necesarios.
 3. Si un paciente tiene una demanda (o posible demanda) contra un tercero de la que se pueda pagar la factura del hospital, el hospital pospondrá la determinación de atención de caridad hasta la disposición de la demanda al tercero.
- E. La elegibilidad para la atención de caridad parcial debe determinarse según el 200 % a 400 % de las Pautas federales del nivel de pobreza como se publica de forma anual en el Registro federal, y la consideración de los activos disponibles y las circunstancias atenuantes.
- F. La elegibilidad para la atención de caridad y la atención de caridad parcial se extenderá por hasta 240 días desde la fecha en la que se determine la elegibilidad.
- G. Esta política cubre solo servicios hospitalarios. Los servicios brindados por médicos u otros servicios no hospitalarios no están cubiertos por esta política. Los pacientes que quieran un descuento para esos servicios deben comunicarse directamente con el médico o el proveedor.
- H. Toda la información obtenida de los pacientes y los garantes será tratada como confidencial al punto requerido por la Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA).

IV. Montos cobrados a un paciente elegible para la ayuda económica

Los pacientes elegibles para la ayuda económica recibirán un descuento en los costos brutos. El monto del descuento dependerá del ingreso familiar del paciente, como se describe a continuación. TJUH no le cobrará a un individuo elegible que obtenga servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios un monto mayor del AGB que se les cobra a individuos que tienen cobertura de seguro para esa atención. Consulte el Apéndice B para obtener una descripción del porcentaje de AGB.

Tamaño familiar	100 % de descuento	90 % de descuento	80 % de descuento
1	\$24.120	\$36.180	\$48.240
2	\$32.480	\$48.720	\$64.960
3	\$40.840	\$61.260	\$81.680
4	\$49.200	\$73.800	\$98.400
5	\$57.560	\$86.340	\$115.120
6	\$65.920	\$98.880	\$131.840
7	\$74.280	\$111.420	\$148.560
8	\$82.640	\$123.960	\$165.280

*Tabla actualizada anualmente

V. Determinaciones y apelaciones

- A. Se debe notificar a los pacientes/garantes por escrito cuando TJUH tome una determinación con respecto a la atención de caridad o la atención de caridad parcial. Las determinaciones de elegibilidad para atención de caridad deben tomarse dentro de los 30 días después de recibir la solicitud de ayuda económica completa, a menos que esté incompleta.
- B. Si TJUH recibe una solicitud incompleta, se le envía correspondencia al paciente para confirmar que se recibió la solicitud y que se necesita documentación adicional para determinar si el paciente es elegible. Si el paciente no brinda la información dentro de los 30 días, se le puede negar la atención de caridad.
- C. En el caso de que TJUH determine que un paciente no es elegible para la atención de caridad o la atención de caridad parcial, el paciente puede apelar la decisión por escrito al vicepresidente del Ciclo de ingresos dentro de los treinta (30) días después de recibir la factura para la cual se ha solicitado ayuda económica. La apelación escrita se puede enviar al Departamento de Servicios Empresariales, The Curtis Center, 601 Walnut Street, Suite 930E, Philadelphia, PA 19106. Si no se recibe una apelación, la decisión se tornará definitiva. La determinación del vicepresidente del Ciclo de ingresos no estará sujeta a otra apelación.

VI. Facturación y cobro

- A. **Monto facturado:** TJUH no le cobrará a un individuo elegible que obtenga servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios un monto mayor al AGB que se les cobra a individuos que tienen cobertura de seguro para esa atención. TJUH utilizará el método “mirar hacia atrás” de Medicare para determinar los AGB.
- B. **Acciones en el caso de la falta de pago:** si una factura queda pendiente por 120 días o más, TJUH puede enviar la cuenta a una agencia recaudadora para que cobre la factura. Durante el periodo de cobro, se aceptará una solicitud de ayuda económica en cualquier momento. Una vez que se recibe la solicitud, los cobros se suspenderán y se aplicarán los procedimientos con respecto a solicitudes incompletas y denegaciones como se describe arriba.

Si una factura sigue pendiente después de 240 días, TJUH puede 1) iniciar una acción civil contra el paciente o 2) poner un gravamen sobre una propiedad del individuo. Antes de iniciar alguna de estas acciones, TJUH hará el mayor esfuerzo para determinar si el individuo es elegible para la ayuda

según el FAP. 30 días antes de iniciar una acción civil expedida (ECA, por sus siglas en inglés), TJUH realizará lo siguiente:

1. Proporcionará un aviso al paciente que:
 - a. indique que la ayuda económica está disponible para aquellas personas que sean elegibles;
 - b. identifique la acción que TJUH pretende iniciar y la fecha en que iniciará esa acción.
2. Proporcionará una copia del PLS y la solicitud del FAP.
3. Intentará comunicarse con el paciente y notificarle de forma oral sobre la deuda pendiente y la existencia de la política de ayuda económica.

Antes de iniciar una acción civil o poner un gravamen sobre la propiedad de un individuo, el Departamento de Servicios Empresariales certificará que se ha hecho el mayor esfuerzo para notificar al individuo sobre la política de ayuda económica.

VI. Presunta elegibilidad para la atención de caridad

- A. Si TJUH, mediante datos de terceros, puede determinar que un paciente está en 200 % o menos de las Pautas federales del nivel de pobreza (FPG, por sus siglas en inglés), TJUH determinará que el paciente es elegible para la atención de caridad. No se requerirá más acción de parte del paciente.
- B. Si no se encuentran datos de terceros sobre el paciente, se puede presumir que el paciente es elegible si se cumple alguno de los siguientes criterios:
 1. persona indigente o que obtiene atención de una clínica para personas indigentes;
 2. sin ingresos;
 3. participación en el programa Mujeres, infantes y niños (WIC, por sus siglas en inglés);
 4. elegibilidad para cupones de alimentos;
 5. elegibilidad para el programa de almuerzo escolar subsidiado;
 6. elegibilidad para otros programas de ayuda estatales o locales sin financiamiento (por ejemplo, Medicaid gastos reducidos);
 7. información proporcionada por familiares o amigos que establece la incapacidad de pagar del paciente;
 8. bajos ingresos/vivienda subvencionada como dirección válida del paciente;
 9. muerte del paciente sin herencia;
 10. elegibilidad del paciente para un programa de prescripción financiado por el estado.
- C. La presunta elegibilidad solo aplica a las determinaciones para atención de caridad y puede no utilizarse para determinaciones de elegibilidad para atención de caridad parcial.
- D. La elegibilidad para la presunta atención de caridad se extenderá por hasta 240 días desde la fecha en la que se determine la elegibilidad.

VIII. Indigencia médica

- A. TJUH debe tomar una decisión sobre la indigencia médica del paciente/garante mediante la revisión de la documentación pertinente de cualquier circunstancia que pueda demostrar que un paciente debe considerarse elegible para atención de caridad o atención de caridad parcial sobre la base de indigencia médica.

- B. El paciente debe solicitar atención de caridad o atención de caridad parcial de acuerdo con la política de atención de caridad.
- C. TJUH debe obtener o generar documentación que respalde la indigencia médica del paciente. Los siguientes son algunos ejemplos de esa documentación:
 - 1. copias de todas las facturas médicas del paciente/garante;
 - 2. información relacionada con los costos de los medicamentos del paciente/garante;
 - 3. información que demuestre las múltiples instancias de responsabilidades médicas costosas del paciente;
 - 4. otra evidencia de montos elevados relacionados con costos de atención médica, como documentación de que se gastó todo el monto de una cuenta de ahorros para la salud.

IX. Revisión de excepción de atención de caridad

El vicepresidente del Ciclo de ingresos, el vicepresidente sénior del Departamento de Finanzas y el director de Finanzas deben reunirse cuando sea necesario para evaluar la información relacionada con las cuentas de los pacientes que no califican claramente según los criterios de elegibilidad para atención de caridad o atención de caridad parcial y determinar si la atención de caridad o la atención de caridad parcial son adecuadas bajo las circunstancias. Los tipos de cuenta de pacientes que se deben revisar incluyen, entre otros:

- A. pacientes médicamente indigentes;
- B. pacientes que no residen en las áreas de servicios locales; y
- C. pacientes que tienen activos no líquidos considerables.

X. Control de cumplimiento

El director de Cumplimiento (CCO, por sus siglas en inglés) debe realizar audiencias periódicas para garantizar el cumplimiento de esta política.

XI. Enmiendas/interpretación

- A. Esta política está sujeta a cambios sin previo aviso, está sujeta a la interpretación de TJUH a su discreción y no tiene la intención de crear ninguna relación u obligación contractual.
- B. El vicepresidente del Ciclo de ingresos, el vicepresidente sénior del Departamento de Finanzas y el director de Finanzas deben determinar la necesidad de revisar esta política de atención de caridad y deben presentar las revisiones al CCO y al Departamento Jurídico.

Consulte el anexo:

- 1) Apéndice A: Centros de atención de caridad 501r
- 2) Apéndice B: Cálculo del AGB

Fecha de emisión original: 12/30/1998

Fecha(s) de corrección: 01/02/2005, 27/03/2009, 28/07/2009, 21/03/2011, 01/04/2015, 01/04/2016

Fecha(s) de revisión: 28/07/2009, 21/03/2011, 01/04/2012, 01/04/2013, 01/04/2014, 01/04/2015, 01/04/2016

Responsabilidad del mantenimiento de la política: 1. Director principal de Servicios Financieros para el Paciente

2. Vicepresidente del Ciclo de Ingresos

Thomas Jefferson University Hospitals

Anexo de la política de ayuda económica

Apéndice A

Lista de proveedores

Los servicios de médicos no están cubiertos por esta política. Jefferson University Physicians (“JUP”) y Jefferson Community Physicians brindan servicios en TJUH. Si es elegible para la atención de caridad según esta política, puede ser elegible según sus políticas de atención de caridad. Comuníquese con ellos para obtener más información.

MEDICINA FAMILIAR 833 CHESTNUT STREET, SUITE 301 FILADELFIA, PA 19107

GASTROENTEROLOGÍA/HEPATOLOGÍA 132 S. 10TH STREET, 4TH & 5TH FLOOR
FILADELFIA PA 19147; 1300 WOLF STREET, 1ST FLOOR FILADELFIA, PA 19147

TERAPIA HIPERBÁRICA EN EL HOSPITAL METODISTA 1301 WOLF STREET, 1ST FL.
FILADELFIA, PA 19147

CENTRO DE INFUSIÓN 925 CHESTNUT STREET, 2ND FL. FILADELFIA, PA 19107

CENTRO DE INFUSIÓN EN JHN 900 WALNUT STREET, 2ND FL. FILADELFIA, PA 19107

CENTRO DE INFUSIÓN EN EL HOSPITAL METODISTA 1301 WOLF STREET
FILADELFIA, PA 19147

CENTRO DE INFUSIÓN PARA REUMATOLOGÍA (WALNUT TOWERS) 211 S. 9TH
STREET, 6TH FL. FILADELFIA, PA 19107

JEFF FIT EN EL ASTILLERO NAVAL (REHABILITACIÓN) 4050 S. 26TH STREET, SUITE
140 FILADELFIA, PA 19112

IMÁGENES CARDÍACAS DE JEFFERSON 925 CHESTNUT STREET (MEZZANINE)
FILADELFIA, PA 19107

CENTRO DE AUDICIÓN Y EQUILIBRIO DE JEFFERSON 925 WALNUT STREET, 6TH
FL.
FILADELFIA, PA 19107

PRÁCTICA AMBULATORIA DEL HOSPITAL JEFFERSON 833 CHESTNUT STREET,
SUITE 220 FILADELFIA, PA 19107

HOSPITAL JEFFERSON DE NEUROCIENCIA 900 WALNUT STREET FILADELFIA, PA
19107

CENTRO DE IMÁGENES JEFFERSON 909 WALNUT STREET, 1ST FL. FILADELFIA, PA
19107

REHABILITACIÓN CARDÍACA DEL HOSPITAL METODISTA JEFFERSON
FILADELFIA 2422-24 S. BROAD STREET PHILADELPHIA, PA 19145

**CENTRO DE REHABILITACIÓN PEDIÁTRICA PARA PACIENTES AMBULATORIOS
JEFFERSON** 25 S. 9TH STREET, 2ND FL.
FILADELFIA, PA 19107

REHABILITACIÓN PARA PACIENTES AMBULATORIOS DE JEFFERSON MEDICINE
25 S. 9TH STREET
FILADELFIA, PA 19107

RADIOTERAPIA JEFFERSON EN EL RIDDLE MEMORIAL HOSPITAL 1078 WEST
BALTIMORE PIKE, SUITE 2, MEDIA, PA 19063

CENTRO QUIRÚRGICO JEFFERSON 1100 WALNUT STREET, 2ND FL. FILADELFIA, PA 19107

CLÍNICA JEFFERSON WEINBERG ALS 909 WALNUT STREET, 2ND FL. FILADELFIA, PA 19107

CENTRO DE IMÁGENES MAMARIAS JEFFERSON-HONICKMAN 1100 WALNUT STREET, 3RD & 4TH FL. FILADELFIA, PA 19107

ONCOLOGÍA MÉDICA 925 CHESTNUT STREET, 3RD & 4TH FLOOR FILADELFIA, PA 19107; 1300 WOLF STREET FILADELFIA, PA 19147

MEDICINA/ENDOCRINOLOGÍA 211 SOUTH 9TH STREET, SUITE 600 FILADELFIA, PA 19107

MEDICINA/MEDICINA INTERNA 833 CHESTNUT STREET, SUITE 701 FILADELFIA, PA 19107

MEDICINA/REUMATOLOGÍA 211 SOUTH 9TH STREET, SUITE 600 FILADELFIA, PA 19107

DIVISIÓN DEL HOSPITAL METODISTA 2301 S. BROAD STREET FILADELFIA, PA 19148

MEDICINA INTEGRAL DEL MYRNA BRIND CENTER (DIVISIÓN DE BIENESTAR) 1033 CHESTNUT STREET FILADELFIA, PA 19107

MYRNA BRIND CENTRO DE MEDICINA INTEGRAL (CLÍNICA)) 925 CHESTNUT STREET, 1ST FL. FILADELFIA, PA 19107

NEUROCIENCIA 909 WALNUT STREET, 2ND FLOOR FILADELFIA, PA 19107; 900 WALNUT STREET, SUITE 200 FILADELFIA PA 19107

CENTRO DE PRUEBAS DEL PACIENTE 925 CHESTNUT STREET, 2ND FL. FILADELFIA, PA 19107

ESTACIÓN OP DE LA FLEBOTOMÍA 833 CHESTNUT STREET, 2ND FL. FILADELFIA, PA 19107

FOTOFÉRESIS 925 CHESTNUT STREET FILADELFIA, PA 19107

LABORATORIO DE FUNCIÓN PULMONAR 834 WALNUT STREET, SUITE 650 FILADELFIA, PA 19107

UNIDAD DE DÍA DE CÉLULAS FALCIFORMES 833 CHESTNUT STREET, 2ND FL. FILADELFIA, PA 19107

CENTRO DEL TRASTORNO DEL SUEÑO 211 S. 9TH STREET, 5TH FL. FILADELFIA, PA 19107

**THOMAS JEFFERSON UNIVERSITY HOSPITAL, SEDE PRINCIPAL 111 SOUTH 11TH STREET
PHILADELPHIA, PA 19107**

ULTRASONIDO 909 WALNUT STREET (SUBSUELO) FILADELFIA, PA 19107

PRUEBAS URODINÁMICAS 833 CHESTNUT STREET, SUITE 703 FILADELFIA, PA 19107

TEP-RM VILLANOVA 789 EAST LANCASTER AVE, VILLANOVA, PA

CENTRO DE SALUD STEPHEN KLEIN 2108 CECIL B. MOORE AVE, FILADELFIA, PA

Thomas Jefferson University Hospitals

Apéndice B

Base para calcular los montos generalmente facturados (AGB)

TJUH utiliza el método “mirar hacia atrás” para determinar los “montos generalmente facturados” (AGB) a los pacientes elegibles para atención de caridad bajo esta política. El porcentaje de AGB aplicable a partir del 01/07/2016 es de 20,1 %, lo cual resulta en un descuento del 79,9 % aplicado a los costos brutos.

El porcentaje se calculó mediante todas las solicitudes avaladas por el pago por servicios de Medicare para servicios hospitalarios y ambulatorios con fechas de alta desde el 1 de abril de 2015 hasta el 31 de marzo de 2016. El pago total esperado de las solicitudes avaladas se dividió por el costo total facturado de esas solicitudes.