

Categoría: Finanzas

Título: Política de asistencia financiera y política de facturación y cobranza

Aplicabilidad: Abington Hospital, Abington-Lansdale Hospital, Jefferson Bucks Hospital, Jefferson Cherry Hill Hospital, Jefferson Frankford Hospital, Jefferson Hospital for Neuroscience, Jefferson Methodist Hospital, Jefferson Stratford Hospital, Jefferson Torresdale Hospital, Jefferson Washington Township Hospital, Magee Rehabilitation Hospital, Thomas Jefferson University Hospitals, Inc.

Número de política: 127,54

Fecha de adopción: 1 de julio de 2019

Fecha de puesta en práctica: 1 de octubre de 2019

Política de asistencia financiera (FAP)

I. PROPÓSITO:

Jefferson Health es un sistema de provisión de cuidados médicos integrado que ofrece excelente atención clínica y compasiva al ofrecer un amplio espectro de servicios de salud para nuestros pacientes.

Jefferson Health está comprometido a proporcionar servicios de atención médica de manera comprensiva y compasiva a todas las personas, incluidas aquellas que tienen necesidad de atención médica y no cuentan con seguro, o poseen una cobertura insuficiente, no son elegibles para ayuda del gobierno, en estado de indigencia médica o que por otra razón no pueden afrontar los costos de servicios de emergencia o servicios de salud que son necesarios por razones médicas en virtud de sus circunstancias financieras particulares.

II. POLÍTICA:

Esta política de asistencia financiera (FAP, por sus siglas en inglés) proporcionará los lineamientos generales de las políticas, las prácticas y los procedimientos de asistencia financiera, a fin de garantizar que todos los pacientes elegibles reciban servicios de emergencia y otros servicios de salud necesarios por razones médicas en cumplimiento con la Sección

501(r) del Código de Rentas Internas, así como con todas las regulaciones federales, estatales y locales aplicables.

De acuerdo con la Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto de 1986 (EMTALA, por sus siglas en inglés) y las regulaciones de la EMTALA, Jefferson Health debe proporcionar, sin discriminación, atención de afecciones médicas de emergencia independientemente de la elegibilidad para asistencia financiera o capacidad de pago. Los pacientes que busquen cuidado de emergencia no están sujetos a una evaluación financiera antes de recibir atención. Además, Jefferson Health no habrá de discriminar a nadie ni participará en ninguna acción que desaliente a las personas a buscar cuidado médico de emergencia, tal como exigirles a los pacientes del departamento de emergencias que paguen antes de recibir tratamiento para afecciones médicas de emergencia o permitir actividades de cobro de deuda en el departamento de emergencias u otras áreas donde tales actividades podrían interferir en la provisión del cuidado de emergencia. La concesión de asistencia financiera no tendrá en cuenta la edad, el género, la raza, la condición social, la categoría migratoria, la orientación sexual ni las creencias religiosas. Jefferson Health funcionará de conformidad con todos los requisitos federales, estatales y locales para la prestación de servicios de salud, incluidos los requisitos de diagnóstico y traslado según la Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto (EMTALA).

III. ALCANCE:

Esta FAP se aplica a los pacientes que residen en el área de servicio principal de Jefferson Health. Como proveedor de servicios de salud con múltiples sedes, Jefferson Health principalmente brinda servicio a los residentes de Pennsylvania, New Jersey y Delaware.

La asistencia financiera se encuentra disponible únicamente para servicios de emergencia u otros servicios de salud necesarios por razones médicas. Ciertos servicios proporcionados por Jefferson Health que no sean médicamente necesarios (como la cirugía estética opcional) tienen un precio de tarifas por paquete sin descuentos adicionales y se prevén todos los pagos asociados a dichos servicios antes o en el momento del servicio.

Además, los servicios de emergencia u otros servicios de salud necesarios por razones médicas proporcionados en los hospitales de Jefferson Health pueden ser proporcionados por el mismo hospital, sus médicos empleados o proveedores independientes. Los servicios proporcionados por médicos no empleados y proveedores independientes podrían no estar cubiertos por esta FAP. Jefferson Health mantiene su listado de proveedores en un documento separado de esta FAP. Consulte los Apéndices A a L para conocer el listado de proveedores de la organización que incluye proveedores que brindan servicios de emergencia u otros servicios de salud médicamente necesarios dentro de los hospitales de Jefferson Health. El listado de proveedores especifica los proveedores que están cubiertos en el marco de esta FAP y los que no lo están. El listado está disponible en el sitio web de cada hospital. Además, el listado de proveedores está disponible sin cargo, previa solicitud, en las ubicaciones de registro de pacientes de los hospitales de Jefferson Health. El listado de proveedores se revisará y actualizará en forma trimestral si fuera necesario.

No es la intención de esta FAP ofrecer atención gratuita o con descuento a los pacientes que tienen seguro de salud con saldos adeudados de los copagos, deducibles o coaseguros, a menos que se demuestre una dificultad financiera.

IV. **DEFINICIONES:**

A los fines de esta FAP, los siguientes términos se definen como se indica más abajo:

Cantidades que generalmente se facturan (AGB, por sus siglas en inglés): Conforme a la Sección 501(r)(5) del Código de Rentas Internas (IRC, por sus siglas en inglés), en el caso de una emergencia o de otro cuidado necesario por razones médicas, no se cobrará a los pacientes elegibles para la FAP más que lo que se le cobraría a una persona que tiene un seguro que cubra tal cuidado.

Periodo de aplicación: El periodo de tiempo durante el cual una persona puede solicitar asistencia financiera. Para cumplir con lo establecido en las Regulaciones de New Jersey, así como en la Sección 501(r)(6) del IRC, los pacientes de Jefferson Health tienen dos años a partir de la fecha de servicio o 240 días a partir de la fecha en la que recibieron el primer resumen de cuenta luego de su alta, el que sea mayor, para solicitar asistencia financiera.

Criterios de elegibilidad: Los criterios presentados en esta FAP (y respaldados por el procedimiento) utilizados para determinar si un paciente califica para recibir asistencia financiera o no.

Afecciones médicas de emergencia: Definida dentro de lo descrito en la Sección 1867 de la Ley de Seguro Social (42 U.S.C. 1385dd).

Acciones de cobro extraordinarias (ECA): Todos los procesos legales o judiciales que incluyen y no se limitan a retenciones de salarios, embargos de propiedades e informes a agencias crediticias. Las ECA incluyen la venta de la deuda de una persona a un tercero, demandas judiciales, embargos sobre residencias, órdenes de detención y otros procesos de cobranza similares.

Asistencia financiera: Ayuda oficial otorgada a una persona u organización en la forma de dinero, préstamos, reducciones de impuestos, etc. Según esta FAP, la asistencia financiera le brinda al paciente servicios de emergencia o servicios de salud necesarios por razones médicas en forma gratuita o con descuentos, siempre que cumpla con los criterios establecidos y se determine que es elegible.

Familia: Utilizando la definición de la Oficina del Censo, es un grupo de dos o más personas que residen juntos y que están relacionados por nacimiento, matrimonio o adopción. Según las normas del Servicio de Impuestos Internos (IRS), si el paciente declara a una persona como persona a su cargo en su declaración de impuestos sobre la renta, esa persona puede ser considerada a su cargo también a los fines de la prestación de asistencia financiera.

Ingresos brutos familiares: Los ingresos brutos familiares se determinan utilizando la definición de la Oficina del Censo, que emplea los siguientes ingresos cuando calcula los lineamientos de la pobreza:

- Ganancias por ingresos, indemnización por desempleo, indemnización laboral, seguro social, ingresos de seguridad suplementaria, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios de sobrevivientes, pensión o ingresos por retiro, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de estados, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención al menor, aportes de fuera del hogar y otras fuentes diversas;

- No se toman en consideración los beneficios no monetarios tales como bonos de alimentos y subsidios de vivienda;
- Calculados antes de los impuestos;
- No incluye las ganancias o pérdidas de capital, y
- Si la persona vive en familia, incluye los ingresos de todos los miembros de la familia.

Elegibles para la FAP: Las personas que son elegibles para asistencia financiera total o parcial según esta política.

Nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés): Una medición del nivel de ingresos publicada anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Los niveles federales de pobreza se utilizan para determinar la elegibilidad para asistencia financiera.

Gastos brutos El precio total establecido para atención médica que es cobrado en forma consistente y uniforme a los pacientes antes de aplicar cualquier subsidio contractual, descuentos o deducciones.

Servicios de salud necesarios por razones médicas: Servicios de atención médica que un médico prudente proporcionaría a un paciente con el propósito de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, trastorno o sus síntomas de una forma que esté de acuerdo con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica, sea clínicamente apropiada en cuanto a tipo, frecuencia, grado, lugar y duración y que no sea principalmente para la conveniencia del paciente, el médico tratante u otro profesional de la salud.

Periodo de notificación: Periodo de 120 días que inicia con la fecha del primer resumen de cuenta posterior al alta en el cual no puede iniciarse ninguna ECA contra el paciente.

Resumen en términos sencillos (PLS, por sus siglas en inglés): Una declaración escrita que notifica a la persona que Jefferson Health ofrece asistencia financiera según esta FAP y provee información adicional de un modo claro, conciso y fácil de comprender.

Paciente con seguro insuficiente: Un paciente que tiene cobertura de seguro médico o asistencia por parte de un tercero, pero aun así tiene que afrontar gastos que superan sus capacidades financieras.

No asegurado: Un paciente sin seguro de salud ni asistencia por parte de un tercero para cubrir sus obligaciones de pago. Los pacientes que han agotado sus beneficios del seguro se consideran no asegurados.

V. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA FINANCIERA:

Jefferson Health les ofrece a sus pacientes una variedad de programas de asistencia financiera. Los programas de asistencia financiera incluidos más abajo brindan servicios de emergencia y otros cuidados necesarios por razones médicas en forma gratuita o con descuentos a las personas siempre que cumplan con los criterios establecidos y se determine que son elegibles.

1) Programa de asistencia para el pago de la atención hospitalaria de New Jersey (Cobertura de beneficencia o “NJ Charity Care”)

Tenga en cuenta que, de acuerdo con las Pautas del Departamento de Salud de New Jersey, NJ Charity Care solo está disponible para los pacientes de Jefferson Health New Jersey (antes

conocido como Kennedy Health) que reciben servicios en los siguientes hospitales de cuidados agudos de Jefferson Health (1) Jefferson Cherry Hill Hospital, (2) Jefferson Stratford Hospital y (3) Jefferson Washington Township Hospital.

NJ Charity Care es un programa de New Jersey a través del cual se ofrece cuidado en forma gratuita o a tasas reducidas para los pacientes que reciben servicios como pacientes internados o servicios ambulatorios en hospitales de atención aguda a lo largo del Estado de New Jersey. La atención hospitalaria y los cuidados de cobro reducido están disponibles únicamente para cuidados de emergencia o cuidados necesarios por razones médicas.

Los pacientes de Jefferson Health New Jersey pueden ser elegibles para NJ Charity Care si son residentes en New Jersey y:

- No cuentan con cobertura de salud o tienen una cobertura que paga solo parte de la factura del hospital (pacientes sin seguro o con seguro insuficiente);
- No resultan elegibles para ninguna cobertura patrocinada en forma privada o por el gobierno (como Medicaid), y
- Cumplen los criterios de elegibilidad de ingresos, activos y residencia, a la fecha del servicio, como se describe a continuación.

Criterios de elegibilidad de ingresos

Los pacientes con un ingreso bruto familiar menor o igual al 200 % del nivel federal de pobreza (FPL) son elegibles para NJ Charity Care del 100 % (atención gratuita).

Los pacientes con ingresos brutos familiares mayores que el 200 %, pero menores o iguales al 300 % del FPL, son elegibles para NJ Charity Care parcial (atención con descuento).

Criterios de activos

NJ Charity Care tiene límites de elegibilidad relacionados con los activos que establecen que los activos de una persona no pueden exceder los \$7500 y los activos de la familia no pueden exceder los \$15 000 al momento del servicio. Con este fin, Jefferson Health New Jersey se rige por la definición de activos según el Artículo 10:52, subcapítulo 11 *del Código Anotado de New Jersey*. Consulte la *Solicitud de asistencia financiera de Jefferson Health New Jersey* (también conocida como la Solicitud de participación en el Programa de asistencia para el pago de la atención hospitalaria de New Jersey).

Criterios de residencia

NJ Charity Care está disponible para los residentes de New Jersey. Las personas que no residen en New Jersey pueden ser elegibles para NJ Charity Care en caso de afecciones médicas de emergencia que requieren atención médica inmediata.

Las pautas de elegibilidad de NJ Charity Care son establecidas por el Estado de New Jersey y se puede obtener información adicional en el siguiente sitio web:

http://www.state.nj.us/health/charitycare/documents/charitycare_factsheet_en.pdf.

2) Programa de atención compasiva de Jefferson Health (“Atención Compasiva”)

El Programa de atención compasiva es un programa de asistencia financiera de Jefferson Health en el cual está disponible atención gratis o a tasas reducidas para los pacientes de servicios de emergencia u otros servicios de salud necesarios por razones médicas.

Los pacientes pueden ser elegibles para el Programa de atención compasiva si cumplen los siguientes criterios:

- No cuentan con cobertura de salud o tienen una cobertura que paga solo parte de la factura del hospital (pacientes sin seguro o con seguro insuficiente);
- No son elegibles para ninguna cobertura privada o patrocinada por el gobierno (por ejemplo Medicare, Medicaid, HealthChoices, CHIP, AdultBasic, TRICARE etc.); y
- Cumplen los criterios de elegibilidad de ingresos, activos y residencia, a la fecha de solicitud, como se describe a continuación.

Criterios de elegibilidad de ingresos

Los pacientes con un ingreso bruto familiar menor igual al 200 % del nivel federal de pobreza (FPL) son elegibles para Atención Compasiva del 100 % (atención gratuita).

Los pacientes con ingresos brutos familiares mayores que el 200 %, pero menores o iguales al 500 % del FPL, son elegibles para Atención Compasiva parcial (atención con descuento).

Criterios de activos

Con este fin, los activos líquidos individuales de un paciente no pueden exceder los \$7500 y los activos líquidos familiares no pueden exceder los \$15 000 a la fecha de solicitud. Con este fin, Jefferson Health se rige por la definición de activos líquidos según el *MA Bulletin 01-17-03* del Departamento de Recursos Humanos de Pennsylvania. Para obtener información adicional, consulte la *Solicitud de atención compasiva de Jefferson Health*.

Criterios de residencia

El programa de atención compasiva está disponible para todos los residentes de Delaware, New Jersey y Pennsylvania. Los residentes de otros estados de los Estados Unidos, así como los pacientes extranjeros pueden ser elegibles para la atención compasiva en caso de afecciones médicas de emergencia que requieran atención médica inmediata.

Indigencia médica

Los pacientes en estado de indigencia médica que no cumplan los criterios de elegibilidad incluidos anteriormente pueden ser elegibles para la asistencia financiera según el Programa de atención compasiva si su responsabilidad como pacientes cumple o excede dos veces el valor de sus activos líquidos. A los efectos de esta FAP, los pacientes en estado de indigencia médica son aquellos que, a pesar de sus ingresos, tienen un nivel bajo de activos líquidos y, por consiguiente, el pago de sus facturas médicas sería altamente perjudicial para su bienestar básico financiero y supervivencia. Un paciente puede solicitar que se le considere para

asistencia financiera bajo estas circunstancias, y los asesores financieros de Jefferson Health solicitarán documentación adicional que respalde la indigencia médica del paciente.

Presunta elegibilidad

De acuerdo con la Sección 501(r)(4) del IRC, Jefferson Health puede decidir supuestamente que una persona sea elegible para asistencia en el marco de la FAP con base en información distinta a la que proporcionó la persona, o con base en una decisión previa de elegibilidad de la FAP.

Por lo tanto, Jefferson Health puede revisar la cuenta del paciente para la presunta elegibilidad de Atención Compasiva. Esto puede requerir una revisión de los informes de crédito y de otra información de dominio público disponible para determinar, de conformidad con los requisitos legales vigentes, el tamaño estimado de los hogares y los ingresos. Estos elementos de datos pueden ser emparejados con otros atributos de calificación para desarrollar un modelo predictivo de asistencia financiera para que el tiempo y los costos no estén asignados a exigir el pago de aquellos que realmente no pueden pagar.

También se puede asumir que los pacientes son supuestamente elegibles para la Atención Compasiva si (1) están en situación de calle o reciben atención de una clínica para personas en situación de calle (2) son elegibles para programas de Medicaid de otro estado.

Los descuentos aplicados serán los mismos que en el marco del proceso completo de la solicitud de asistencia financiera; sin embargo, estas cuentas se ajustarán usando presuntos códigos específicos de transacción de asistencia financiera.

En caso de que un paciente no califique para la asistencia financiera de atención compasiva al 100 %, Jefferson Health:

- Notificará al paciente en relación con la justificación de su decisión de presunta elegibilidad y proporcionará información sobre cómo puede solicitar una ayuda más generosa;
- Le dará al paciente un periodo razonable de tiempo para solicitar asistencia más generosa antes de iniciar las ECA para obtener la cantidad con descuento que se debe por la atención, y
- Procesará las solicitudes de asistencia financiera completas presentadas por el paciente, al final del periodo razonable de tiempo dado para solicitar asistencia más generosa.

La aprobación de la presunta elegibilidad solo se aplicará a las fechas de servicio en que se evalúan las cuentas. La elegibilidad no se aplicará a las cuentas para las futuras fechas de servicio.

VI. POLÍTICA DE DESCUENTO PARA PACIENTES DE PAGO PROPIO/NO ASEGURADOS:

Jefferson Health les ofrece un Descuento para pacientes de pago propio/no asegurados a sus pacientes de pago propio que no cumplen los criterios de elegibilidad para recibir asistencia financiera o que no completan satisfactoriamente una solicitud de asistencia financiera. De

acuerdo con las regulaciones de New Jersey, este descuento cumple los criterios descritos en el *proyecto de ley de NJ S-1797/A-2609*.

Para obtener información adicional, consulte la Política de descuento para pacientes de pago propio/no asegurados de Jefferson Health.

VII. CÓMO SOLICITAR LA ASISTENCIA FINANCIERA:

Los asesores financieros de Jefferson Health están disponibles para ayudar a los pacientes que desean solicitar asistencia financiera o acordar planes de pagos. Los consejeros financieros colaborarán con los pacientes para garantizar que los pacientes comprendan por completo los programas y procesos de asistencia financiera federales, estatales y del hospital. Los consejeros financieros ayudarán a la presentación de solicitudes para distintos programas gubernamentales y brindarán asesoramiento sobre los pasos a seguir en el proceso.

Proceso de solicitud:

Los pacientes de Jefferson Health New Jersey que reciban servicios en New Jersey que estiman que son elegibles para asistencia financiera deben completar inicialmente una *Solicitud de asistencia financiera de Jefferson Health New Jersey* (también conocida como la Solicitud de participación en el Programa de asistencia para el pago de la atención hospitalaria de New Jersey).

Todos los demás pacientes de Jefferson Health deben completar una *Solicitud de atención compasiva de Jefferson Health*. Las solicitudes se pueden completar en persona con la asistencia de un consejero financiero, o en forma particular, y luego entregarse a un consejero financiero para su revisión y procesamiento.

Si un paciente desea completar su solicitud con un consejero financiero, puede llamar para fijar una cita. Como alternativa, pueden visitar la Oficina de Admisiones de cualquiera de los hospitales de Jefferson Health para indagar y recibir información.

Los consejeros financieros informarán e instruirán al paciente acerca de todos los requisitos y criterios aplicables para evaluar su elegibilidad. Posteriormente, los pacientes deben proveer información personal, financiera y demás información junto con la documentación de respaldo pertinente para la determinación de una necesidad financiera.

Consulte la *Solicitud de asistencia financiera de Jefferson Health New Jersey* y/o la *Solicitud de atención compasiva de Jefferson Health* (y las instrucciones adjuntas) para obtener una lista detallada de la información y documentación necesaria para ser considerado para la elegibilidad de asistencia financiera.

Dónde obtener una solicitud:

Los pacientes que desean solicitar la asistencia financiera ofrecida en esta FAP pueden obtener una solicitud en los siguientes sitios web:

Abington - Jefferson Health: <https://www.abingtonhealth.org/patients-guests/payment-information/financial-assistance-program>

Jefferson Health New Jersey: <https://www.kennedyhealth.org/patients/preparing-your-visit/financial-assistance>

Jefferson Health Northeast: <https://www.ariahealth.org/about-aria/financial-assistance-program>

Magee Rehabilitation: <https://mageerehab.org/about-us/our-standards/insurance-financial-assistance/>

Thomas Jefferson University Hospitals: <https://hospitals.jefferson.edu/patients-and-visitors/patient-policies/financial-assistance.html>

Hay solicitudes en papel disponibles *in situ* en las siguientes ubicaciones de registro de pacientes hospitalarios. Las solicitudes también se pueden pedir llamando a los números de teléfono incluidos a continuación.

Abington Hospital – Jefferson Health 1200 Old York Road Abington, PA 19001 (215) 481 -2185	Abington – Lansdale Hospital 100 Medical Campus Drive Lansdale, PA 19446 (215) 361 - 4692	Jefferson Bucks Hospital 380 North Oxford Valley Road Langhorne, PA 19047 (215) 949-5117
Jefferson Cherry Hill Hospital 2211 Chapel Ave West Cherry Hill, NJ 08002 (856) 922-5115	Jefferson Frankford Hospital 4900 Frankford Avenue Philadelphia, PA 19124 (215) 831-2036	Jefferson Hospital for Neuroscience 900 Walnut Street Philadelphia, PA 19107 (215) 955-3815
Jefferson Methodist Hospital 2301 South Broad Street Philadelphia, PA 19148 (215) 955-3815	Jefferson Stratford Hospital 18 East Laurel Road Stratford, NJ 08084 (856) 346-7810	Jefferson Torresdale Hospital 10800 Knights Road Philadelphia, PA 19114 (215) 612-3393
Jefferson Washington Township Hospital 435 Hurffville-Cross Keys Road Turnersville, NJ 08012 (856) 582-2638	Magee Rehabilitation Hospital 1513 Race Street Philadelphia, PA 19102 (215) 587-3342	Thomas Jefferson University Hospital 111 South 11 th Street Philadelphia, PA 19107 (215) 955-3815

Tenemos disponibles asesores financieros para ayudarle. Llame a los números de teléfono incluidos anteriormente para hacer una cita.

Las solicitudes de FAP completas se deben enviar por correo a la dirección incluida dentro de la solicitud y/o carta de presentación relacionada.

VIII. **PROCEDIMIENTOS:**

Antes de ser evaluados para recibir asistencia financiera, los solicitantes deben ser evaluados para determinar su elegibilidad potencial para cualquier beneficio del seguro por parte de un tercero o para programas de asistencia médica que puedan contribuir al pago de la factura del hospital.

Si el paciente no está asegurado, el personal de Jefferson Health primero asistirá al paciente para determinar si es elegible para los programas patrocinados por el gobierno u otra cobertura de seguro. Se puede emplear una agencia externa para ayudar en el proceso de solicitud del programa de asistencia médica formal del estado, incluyendo la visita al paciente en el hogar,

con el fin de obtener toda la documentación de respaldo necesaria. Se le pedirá al paciente que proporcione a Jefferson Health toda la información financiera y demás datos necesarios para ayudar en la inscripción en un programa de seguro de patrocinio público. Es posible que se les niegue la asistencia financiera a los pacientes que no cooperen durante el proceso de solicitud de estos programas.

Si una persona que no está asegurada no es elegible para ningún programa patrocinado por el Gobierno, se le proporcionará el Descuento para pacientes de pago propio/no asegurados. Si el paciente (que no tiene seguro, o que tiene seguro médico insuficiente) es elegible y desea solicitar asistencia financiera, puede solicitar el Programa de atención compasiva. Si un paciente cumple los criterios para Atención Compasiva, el Descuento para pacientes no asegurados no se aplicará y se debe anular de la cuenta del paciente.

Decisiones:

1) Programa de asistencia para el pago de la atención hospitalaria de New Jersey (Cobertura de beneficencia o “NJ Charity Care”):

De acuerdo con las regulaciones de New Jersey, las decisiones sobre NJ Charity Care se realizarán en un plazo de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha en que se reciba una solicitud completa.

Los pacientes de New Jersey que no tienen seguro y reciben servicios en cualquier hospital de Jefferson Health New Jersey incluido en esta FAP serán evaluados para elegibilidad de NJ Charity Care. Si un paciente cumple con los criterios para recibir cobertura de beneficencia del 100 %, el descuento para no asegurados no se aplicará (los cargos ya estarán cubiertos en su totalidad). Si un paciente resulta elegible para la cobertura de beneficencia parcial, el saldo restante del paciente será evaluado para el Programa de atención compasiva.

Según las directivas del estado, esta decisión es válida por un año a partir de la fecha del servicio.

2) Programa de atención compasiva de Jefferson Health (“Atención Compasiva”):

Las decisiones de atención compasiva se harán tan pronto como sea posible, pero no pasados treinta (30) días hábiles a partir de la fecha en que se recibe la solicitud completa.

Las decisiones para la cobertura de atención compasiva para los pacientes que presentaron solicitudes completas se consideran elegibles por un año a partir de la fecha de la decisión. Las decisiones de la presunta elegibilidad para atención compasiva solo se aplicarán a la(s) fecha(s) de servicio en que se evalúan las cuentas. Estas decisiones no se aplicarán a las cuentas para las futuras fechas de servicio. Si no se proporciona la documentación suficiente, la solicitud será considerada como una solicitud incompleta.

Procedimiento para solicitudes incompletas:

En caso de que una asignación inmediata de elegibilidad para FAP no pueda lograrse, los consejeros financieros pedirán al solicitante que provea información adicional. Jefferson Health le proveerá al solicitante la notificación escrita que describa la información/documentación adicional necesaria para lograr una asignación de elegibilidad para la FAP y le brindará al paciente un periodo de tiempo razonable (30 días) para presentar

la información solicitada. Durante este tiempo, Jefferson Health o cualquier tercero que actúe en su nombre suspenderá toda ECA ejecutada previamente para obtener un pago hasta que la determinación de la elegibilidad para FAP sea resuelta.

Procedimiento para solicitudes completas:

Una vez que se reciba la solicitud completada, Jefferson Health hará lo siguiente:

- Suspenderá cualquier ECA contra la persona (cualquier tercero que actúe en nombre de Jefferson Health también suspenderá la ECA en proceso);
- Tomará y documentará una determinación sobre la elegibilidad para la FAP en el tiempo debido, y
- Notificará al tercero responsable o a la persona por escrito la determinación y la fundamentación para esta.

La persona que resulte elegible para asistencia financiera recibirá una notificación por escrito de una determinación favorable. Conforme a lo previsto en la Sección 501(r) de la IRC, Jefferson Health también:

- Proveerá un resumen de cuenta que indique el monto que la persona elegible para la FAP adeuda, cómo se conforma ese monto y cómo se puede obtener información relacionada con los AGB, si correspondiera;
- Reembolsará todo pago excedente realizado por la persona, y
- Colaborará con todos los terceros que representan a Jefferson Health para tomar todas las medidas razonables disponibles, a fin de revertir toda ECA iniciada previamente contra el paciente para la cobranza de una deuda.

Apelaciones:

En caso de que Jefferson Health determine que un paciente no es elegible para asistencia financiera, se enviará por correo al paciente una carta de asignación que incluye información sobre cómo se puede presentar una apelación.

IX. BASES PARA EL CÁLCULO DE LAS CANTIDADES QUE GENERALMENTE SE FACTURAN:

A continuación se detalla la base para el cálculo de la cantidad que se les cobra a las personas elegibles para la FAP que tengan una asistencia financiera total o parcial según esta política.

1) Programa de asistencia para el pago de la atención hospitalaria de New Jersey (Cobertura de beneficencia o “NJ Charity Care”)

Únicamente para los pacientes de Jefferson Health New Jersey: Si un paciente es elegible para NJ Charity Care, la responsabilidad de esa persona se fijará utilizando la estructura de tarifas del Departamento de Salud de New Jersey (se muestra más abajo).

El descuento aplicable será calculado y presentado al Estado de New Jersey de acuerdo con las normas y regulaciones del estado.

Los ingresos como porcentaje de los Lineamientos de Ingresos de Pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos	Responsabilidad del paciente
Menor que o igual a 200 %	0 % de los costos
Mayor que 200 % pero menor que o igual a 225 %	20 % de los costos
Mayor que 225% pero menor que o igual a 250%	40 % de los costos
Mayor que 250% pero menor que o igual a 275%	60 % de los costos
Mayor que 275% pero menor que o igual a 300%	80 % de los costos
Mayor que 300 %	100 % de los costos

Si los pacientes en la escala gradual de tarifas del 20 % al 80 % deben afrontar gastos médicos calificados demás pagados de su bolsillo por un monto igual al 30 % de su ingreso bruto anual (por ejemplo: facturas impagas de terceros), entonces dicho monto excedente del 30 % se considera asistencia para el pago de la atención hospitalaria.

En adelante, la cuenta del paciente se derivará al Programa de atención compasiva de Jefferson Health, el cual determinará los gastos de bolsillo (más detalles abajo).

2) Programa de atención compasiva de Jefferson Health (“Atención Compasiva”):

Si un paciente es elegible para Atención Compasiva, el gasto de bolsillo de esa persona se fijará utilizando la estructura de tarifas del Programa de Salud de atención compasiva de Jefferson Health (se muestra más abajo).

Ingresos como porcentaje del FPL	Responsabilidad del paciente
Menor que o igual a 200 %	0 %
Mayor que 200 % pero menor que o igual a 300 %	10 % del reembolso de Medicare esperado
Mayor que 300 % pero menor que o igual a 400 %	20 % del reembolso de Medicare esperado
Mayor que 400 % pero menor que o igual a 500 %	100 % del reembolso de Medicare esperado

Cantidades que generalmente se facturan (AGB)

Jefferson Health utiliza el método prospectivo de Medicare para calcular las AGB. Las AGB se calculan anualmente usando el mismo proceso de facturación y codificación que usaría el hospital si el individuo fuera un beneficiario de Medicare pago. De acuerdo con la Sección 501(r)(5) del IRC, las AGB se establecen según la cantidad que el hospital determine que sería el monto total que Medicare permitiría para la atención (incluido el monto que sería reembolsado por Medicare y el monto que el beneficiario sería personalmente responsable de pagar en forma de copagos, coaseguros y deducibles.)

Cuando se determina que una persona es elegible para asistencia financiera según esta FAP, se le cobrará un monto mayor que las AGB por servicios de emergencia o servicios de salud necesarios por razones médicas.

A toda persona elegible para la FAP se le cobrará siempre lo que resulte menor entre los AGB y cualquier descuento disponible en esta política.

X. MÉTODO DE AMPLIA DIFUSIÓN DE LA ASISTENCIA FINANCIERA:

Las siguientes medidas se adoptan a fin de publicitar esta política en nuestra comunidad y nuestros pacientes. Los comunicados estarán redactados con terminología sencilla para el usuario y en los idiomas que los pacientes puedan entender. Jefferson Health proporcionará capacitación al personal administrativo y clínico apropiado que interactúe con los pacientes sobre la disponibilidad de la asistencia financiera, la forma de comunicarles a los pacientes esa disponibilidad y la forma de orientar a los pacientes hacia el personal de asistencia financiera apropiado.

La FAP, la solicitud y el PLS se encuentran disponibles en línea en los siguientes sitios web:

[Abington - Jefferson Health](#)
[Jefferson Health New Jersey](#)
[Jefferson Health Northeast](#)
[Magee Rehabilitation](#)
[Thomas Jefferson University Hospitals](#)

Puede obtener copias en papel de la FAP, la solicitud y el PLS en forma gratuita y por correo postal si lo solicita. También se encuentran disponibles en diferentes áreas dentro de los hospitales de Jefferson Health. Esto incluye, entre otras, las salas de emergencia y las áreas de registro/admisión de pacientes.

A todos los pacientes de Jefferson Health se les ofrecerá una copia del PLS como parte del proceso de admisión. En el caso de una situación emergente, se le ofrecerá al paciente el PLS durante el proceso de registro, luego de que el paciente haya recibido la atención médica necesaria.

Se colocarán carteles y pantallas en forma visible y en lugares públicos con el fin de que informen a los pacientes sobre la disponibilidad de la asistencia financiera, incluidas las salas de emergencia y las áreas de registro/admisión de pacientes.

Jefferson Health realiza esfuerzos razonables para informar a los miembros de la comunidad sobre la disponibilidad de la asistencia financiera. Para ello, nuestros representantes hablan con los miembros de la comunidad sobre la disponibilidad de asistencia financiera durante eventos comunitarios que se desarrollan a lo largo del año (por ejemplo: ferias, exámenes de salud, charlas educativas y otros).

La FAP, la solicitud y el PLS de Jefferson Health están disponibles en inglés y en el idioma primario de las poblaciones con dominio limitado del inglés (LEP, por sus siglas en inglés) que constituya lo que resulte menor entre 1000 personas o el 5 % de la comunidad atendida en el área de servicio principal de Jefferson Health.

Política de facturación y cobranza

I. PROPÓSITO:

Garantizar que todas las prácticas de facturación, crédito y cobranza cumplan con todas las leyes, las reglamentaciones, los lineamientos y las políticas federales, estatales y locales.

II. POLÍTICA:

La política de Jefferson Health es cumplir con las actividades de facturación y cobranza, y realizarlas con precisión. El objetivo de satisfacer todos los criterios de esta política puede lograrse mediante los procedimientos detallados en este documento.

III. PROCEDIMIENTOS:

Si bien la calificación para la asistencia financiera se determina, en condiciones ideales, antes del servicio o al momento del servicio, Jefferson Health seguirá examinando tales determinaciones, a medida que se descubran otros recursos financieros durante el proceso de facturación y cobranza.

Una vez que se ha determinado la responsabilidad del paciente, Jefferson Health le enviará al paciente una factura donde se indica la responsabilidad del paciente. Este será el primer resumen de cuenta posterior al alta del paciente. La fecha de este resumen marca el inicio de los periodos de solicitud y notificación (definidos aquí arriba).

Durante este tiempo, Jefferson Health comenzará a enviar por correo declaraciones y/o cartas, o puede comunicarse con los pacientes por medio de llamadas telefónicas, con el fin de cobrar el pago de los saldos pendientes. Jefferson Health enviará al menos 3 resúmenes de cuenta durante un periodo de 120 días.

Luego del vencimiento del periodo de notificación, Jefferson Health transferirá la cuenta del paciente a cobranzas. Las estrategias de la agencia de cobranza para gestionar cobros incluirán llamadas telefónicas y cartas. Si las agencias de cobranzas no tienen éxito, la cuenta del paciente regresará a Jefferson Health y será anulada como deuda incobrable.

IV. CONFORMIDAD CON LA SECCIÓN 501(r)(6) DEL IRC:

En conformidad con la Sección 501(r)(6) del IRC, Jefferson Health no se involucra en ninguna *Acción de Cobro Extraordinaria* (ECA) previo al vencimiento del periodo de notificación.

Después del periodo de notificación, Jefferson Health, en casos poco frecuentes, puede iniciar las siguientes ECA contra el paciente por un saldo impago, si la determinación de elegibilidad para la FAP no se hizo o si la persona no es elegible para asistencia financiera.

- Presentar un embargo sobre la propiedad de la persona

Antes de iniciar esta ECA, Jefferson Health garantizará que se realizaron esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible o no para asistencia financiera según esta FAP y realizará estas actividades durante por lo menos los 30 días previos a iniciar cualquier ECA:

1. Proporcionar al paciente una notificación por escrito que:
 - (a) Indique que existe asistencia financiera disponible para pacientes elegibles;
 - (b) Identifique la(s) ECA que Jefferson Health se propone iniciar para obtener el pago de la atención; y
 - (c) Indique una fecha límite luego de la cual pueden iniciarse las ECA.
2. Proporcionarle al paciente copia del PLS; y
3. Realizar esfuerzos razonables para notificar oralmente a la persona acerca de la FAP y cómo la persona puede obtener ayuda con el proceso de solicitud de asistencia financiera.

Jefferson Health y los proveedores que actúan en su representación aceptarán y procesarán todas las solicitudes de asistencia financiera disponibles conforme a esta política que hayan sido presentadas durante el periodo de solicitud. El Departamento de Ciclo de Ingresos de Jefferson Health conjuntamente con el Departamento Legal de Jefferson Health tienen la palabra final en la determinación de que se hayan realizado esfuerzos razonables para informar al paciente sobre la disponibilidad de asistencia financiera antes de recurrir a acciones de cobranza extraordinaria.