

---

<b>Categoría:</b>	<b>Finanzas:</b>
<b>Título:</b>	<b>Política de asistencia financiera y política de facturación/cobranza</b>
<b>Aplicabilidad:</b>	<b>Jefferson Cherry Hill Hospital, Jefferson Stratford Hospital y Jefferson Washington Township Hospital</b>
<b>Fecha de entrada en vigor:</b>	<b>1º de enero de 2016</b>

---

### **Resumen de la política de asistencia financiera (FAP, por sus siglas en inglés)**

#### **I. PROPÓSITO:**

Jefferson Health New Jersey (anteriormente, Kennedy Health) es un sistema de provisión de cuidados médicos integrado que ofrece un amplio espectro de servicios de salud que va desde hospitales de cuidados intensivos hasta una extensa variedad de programas de tratamientos ambulatorios y de bienestar. Como proveedor de servicios de salud con múltiples sedes, Jefferson Health New Jersey brinda servicio a los residentes de los condados de Camden, Burlington y Gloucester.

Jefferson Health New Jersey ("JHNJ") está compuesto por tres hospitales (1) Jefferson Cherry Hill Hospital, (2) Jefferson Stratford Hospital y (3) Jefferson Washington Township Hospital.

Esta política de asistencia financiera (FAP, por sus siglas en inglés) proveerá los lineamientos generales de las políticas, las prácticas y los procedimientos de asistencia financiera de los hospitales de JHNJ. Esta política incluirá toda la información necesaria en conformidad con la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas (IRC, Internal Revenue Code), así como con todas las regulaciones federales, estatales y locales aplicables.

#### **II. POLÍTICA:**

Esta FAP proveerá los lineamientos generales para las políticas y prácticas de asistencia financiera de JHNJ. Según esta FAP, JHNJ se compromete a proveer apoyo financiero a las personas que tienen necesidad de atención médica y no cuentan con seguro, o poseen una cobertura insuficiente, no son elegibles para ayuda del gobierno 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 su situación financiera particular.

JHNJ brindará atención de afecciones médicas de emergencia sin ningún tipo de discriminación a las personas independientemente de su elegibilidad para asistencia financiera o capacidad de pago. La política de JHNJ es cumplir con los estándares de la Ley federal de tratamiento médico de emergencia y transporte laboral activo de 1986 (EMATLA, Federal Emergency Medical Treatment and Active Labor Transport Act) y las normativas de EMATLA en cuanto a la provisión de un examen médico de detección y todo tratamiento posterior que fuera necesario para estabilizar una afección médica de emergencia a cualquier persona que ingrese al departamento de urgencias para solicitar tratamiento. JHNJ no se involucrará en actividades que desalienten a las personas de obtener cuidados médicos de emergencia, tales como solicitar a los pacientes del departamento de emergencia que realicen pagos antes de recibir el tratamiento por afecciones médicas de emergencia, o autorizar actividades de cobranza de deudas en el departamento de emergencias o en otras áreas donde tales actividades puedan interferir en la prestación del cuidado de emergencia sobre una base de no discriminación.

La asistencia financiera se encuentra disponible únicamente para servicios de emergencia u otros servicios de salud necesarios por razones médicas. Además, no todos los servicios ofrecidos dentro de un hospital de JHNJ son provistos por empleados de JHNJ, por lo tanto, es posible que no estén cubiertos conforme a esta FAP. Consulte el Anexo A para ver la lista de proveedores que brindan servicios de emergencia u otros cuidados de salud necesarios por razones médicas en los hospitales de JHNJ. Este anexo detalla los proveedores que están cubiertos por esta FAP y los que no lo están. El listado de proveedores se revisará y actualizará en forma trimestral si fuera necesario.

### III. **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, 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.

*Porcentaje AGB:* Un porcentaje de los cargos brutos que un hospital utiliza para determinar los AGB para cualquier emergencia o cuidado necesario por razones médicas que brinda a una persona que es elegible para recibir asistencia según la FAP.

*Periodo de aplicación:* El periodo de tiempo durante el cual una persona puede solicitar asistencia financiera. Para cumplir con lo establecido en la IRC sección 501(r)(6), JHNJ permite a las personas hasta un (1) año de plazo a partir de la fecha en la que el paciente recibió el primer resumen de cuenta luego de su alta 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 atención médica de emergencia o cuidados 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 Sociales. 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 médicamente necesarios:* Los servicios de salud que un doctor, ejerciendo un juicio clínico prudente, brindaría a un paciente con el propósito de evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, patología o sus síntomas y que: (A) estén de acuerdo con los estándares generalmente aceptados de la práctica médica; (b) sean clínicamente apropiados, y (c) no sean principalmente para la conveniencia del paciente.

*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 JHNJ ofrece asistencia financiera según esta FAP y provee información adicional de un modo claro, conciso y fácil de comprender.

*Paciente con seguro insuficiente:* El paciente cuenta con un nivel determinado de aseguramiento o una asistencia por parte de un tercero, pero aun así tiene que afrontar gastos que superan sus capacidades financieras.

*No asegurado:* El paciente no cuenta con ningún grado de aseguramiento ni de asistencia por parte de un tercero para ayudarlo a cubrir sus obligaciones de pago.

#### **IV. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA FINANCIERA:**

JHNJ ofrece una variedad de programas de asistencia financiera para ayudar a los pacientes no asegurados o que cuentan con seguro insuficiente. 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.

#### **Programa de asistencia para el pago de la atención hospitalaria de Nueva Jersey (Cobertura de beneficencia o "Charity Care")**

La cobertura de beneficencia es un programa de Nueva Jersey por el cual se ponen a disposición cuidados en forma gratuita o con descuento a los pacientes que reciben servicios de internación o ambulatorios en hospitales de cuidados intensivos en todo el

estado de Nueva 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 pueden ser elegibles para la cobertura de beneficencia si son residentes de Nueva Jersey y:

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

#### Criterios de elegibilidad de ingresos

Los pacientes con un ingreso bruto familiar menor que o igual al 200 % del nivel federal de pobreza (FPL) son elegibles para una cobertura de beneficencia del 100 %.

Los pacientes con ingresos brutos familiares mayores que el 200 %, pero menores que o iguales al 300 % del FPL son elegibles para cuidados con descuento.

#### Criterios de activos

La cobertura de beneficencia incluye umbrales de elegibilidad de activos que establecen que los bienes de una persona no pueden superar los \$7,500 y los activos de la familia no pueden superar los \$15,000 a la fecha del servicio.

#### Criterios de residencia

La cobertura de beneficencia puede estar disponible para personas no residentes de Nueva Jersey que necesiten atención médica inmediata para una afección médica de emergencia.

Los lineamientos de elegibilidad de la cobertura de beneficencia son establecidos por el estado de Nueva Jersey y se puede encontrar información adicional al respecto en el siguiente sitio web:

[http://www.state.nj.us/health/charitycare/documents/charitycare\\_factsheet\\_en.pdf](http://www.state.nj.us/health/charitycare/documents/charitycare_factsheet_en.pdf)

#### **Ley pública de descuento para no asegurados de Nueva Jersey de 2008 C. 60 (Descuento para no asegurados)**

El descuento para no asegurados de Nueva Jersey (proyecto de ley de NJ S-1797/A-2609) se encuentra disponible para los pacientes no asegurados cuyo ingreso bruto familiar es menor al 500 % de los lineamientos federales de pobreza (FPG, por sus siglas en inglés). Las personas elegibles deben ser residentes de Nueva Jersey. Sin embargo, JHNJ ha decidido aplicar este descuento a todos los pacientes no asegurados independientemente de su nivel de ingresos o su residencia. JHNJ ofrece tarifas con descuento a todas las personas no aseguradas. Conforme a este programa, a un paciente elegible se le cobrará un monto no mayor al 115 % de la estructura de tarifas de Medicaid. Los límites de facturación a personas no aseguradas son de conformidad con la NJ P.L.2008 c60.

## V. Cómo solicitar la asistencia financiera

Los consejeros financieros de JHNJ están disponibles en las instalaciones de cada hospital 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.

Si su familia no califica para ningún tipo de programa gubernamental, nuestros consejeros financieros revisarán su situación financiera para comprobar si usted reúne los requisitos de elegibilidad para cobertura de beneficencia o para el descuento para no asegurados.

*Proceso de solicitud:*

Los pacientes que estiman que son elegibles para asistencia financiera deben completar una solicitud de asistencia financiera ("solicitud"). Los consejeros financieros están a disposición para ayudar a los pacientes con sus solicitudes. Las solicitudes pueden completarse 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, puede visitar la Oficina de Admisión Central de cada hospital para hacer consultas 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.

*Dónde obtener una solicitud:*

Los pacientes que desean solicitar la asistencia financiera ofrecida en esta FAP pueden obtener una solicitud en nuestro sitio web:

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

Las solicitudes pueden pedirse llamando a los siguientes teléfonos:

Jefferson Cherry Hill Hospital – (856) 922-5115  
Jefferson Stratford Hospital – (856) 346-7810  
Jefferson Washington Township Hospital – (856) 582-2638

Las solicitudes también se encuentran disponibles en las instalaciones de los hospitales que figuran más abajo. Además, las solicitudes completas pueden enviarse por correo postal a las siguientes direcciones:

Jefferson Cherry Hill Hospital Attn: Admissions 2211 Chapel Ave West Cherry Hill, NJ 08002	Jefferson Stratford Hospital Attn: Admissions 18 East Laurel Road Stratford, NJ 08084	Jefferson Washington Township Hospital Attn: Admissions 435 Hurffville-Cross Keys Road Turnersville, NJ 08012
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Los consejeros financieros se encuentran en las instalaciones para asistirlo de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

Las decisiones sobre asistencia financiera se realizarán tan pronto como sea posible, en un plazo no mayor a diez (10) días laborables a partir de la fecha de la solicitud. Si no se provee la documentación suficiente, el pedido será considerado una solicitud incompleta.

*Documentación requerida:*

Se le solicita que provea la información que se detalla a continuación sobre usted, su cónyuge e hijos menores de 21 años de edad:

- La declaración federal de impuestos más reciente (1040);
- Identificación personal, por ejemplo: licencia de conducir actual, tarjeta del seguro social, certificado de nacimiento o pasaporte;
- Comprobante de domicilio, por ejemplo: factura de un servicio público, factura telefónica o contrato de arrendamiento de la fecha en que los servicios fueron prestados;
- Cuentas de cheques, cajas de ahorros, certificados de depósitos, cuentas IRA, cuenta de pensión 401K, seguros de vida, resumen de acciones o bonos, incluyendo la fecha en la que los servicios fueron prestados;
- Documentación de ingresos de los últimos tres meses inmediatamente anteriores a la fecha de prestación de los servicios. Podemos aceptar cupones de pago por 4 semanas o una carta con membrete de su empleador que indique su paga bruta para cada una de esas semanas individualmente;
- Si trabaja en forma independiente, debe contar con un estado de ganancias y pérdidas elaborado y firmado por un contador que cubra los 3 meses inmediatamente anteriores a la fecha de su servicio. También es obligatorio presentar la declaración de impuestos y una cuenta bancaria comercial;
- Si tiene una sociedad o una empresa, necesitaremos una carta de un contador con su percepción salarial semanal. También es obligatorio presentar la declaración de impuestos y una cuenta bancaria comercial;
- Si ha recibido asistencia por desempleo, presente una carta de elegibilidad con los cupones de cobro de desempleo de los tres meses anteriores a la fecha del servicio o un listado semanal impreso por computadora;
- Si recibe asistencia del seguro social, necesitaremos su carta de "otorgamiento" para el año en el cual los servicios fueron prestados;
- Si recibe una pensión, presente los cupones correspondientes a un mes antes de la fecha de su servicio o una carta de la empresa que provee la pensión indicando su beneficio mensual bruto;
- Si vive con sus padres, su novia, su novio, un amigo, etc., necesitamos una carta firmada por esas personas en la que consigne su domicilio, su número de teléfono, su relación con usted y el tiempo que han vivido allí;
- Si correspondiera, necesitaremos una copia de los documentos de divorcio, incluida la información de manutención de hijos o cuota alimentaria, y
- Si su hijo o hija tiene entre 18 y 21 años de edad y es estudiante universitario a horario completo, o si usted tiene 22 años de edad o más y es estudiante universitario a horario completo, presente documentación de las ayudas financieras del semestre actual y de los anteriores.

## **VI. Procedimientos**

Antes de ser evaluados para recibir cobertura de beneficencia, los solicitantes deben ser evaluados para determinar su elegibilidad potencial para cualquier beneficio de aseguramiento por parte de un tercero o para programas de asistencia médica que puedan contribuir al pago de la factura del hospital. Los pacientes no serán declarados elegibles para cobertura de beneficencia hasta que se determine si son elegibles para cualquier otro programa de asistencia médica (por ejemplo: Medicaid, seguro social).

Si una persona no resulta elegible para ningún otro programa de asistencia médica, será evaluada para la cobertura de beneficencia. 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 paciente recibirá su carta de asignación para la misma, la cual será válida durante un año según las directivas del estado.

*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. JHNJ 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, JHNJ 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 la solicitud completa ha sido recibida, JHNJ:

- Suspenderá todas las ECA contra la persona (todo tercero en representación de JHNJ también suspenderá la ECA iniciada);
- 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 IRC sección 501(r), JHNJ 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 JHNJ para tomar todas las medidas razonables disponibles a fin de revertir toda ECA iniciada previamente contra el paciente para la cobranza de una deuda.

## **VII. Base para el cálculo de cantidades cobradas**

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

### **Cobertura de beneficencia**

Si un paciente es elegible para la cobertura de beneficencia, el gasto de bolsillo de esa persona se fijará utilizando la estructura de tarifas de salud del Departamento de Nueva Jersey (se muestra más abajo).

<b>Los ingresos como porcentaje de los Lineamientos de Ingresos de Pobreza del Departamento de Salud y Servicios Sociales</b>	<b>Porcentaje de costos que el paciente debe pagar</b>
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 %

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 cuidados hospitalarios.

**Descuento para no asegurados:**

En conformidad con la P.L. 89-97 (42.U.S.C.s. 1395 y subsiguientes), a las personas elegibles se les cobrará un monto que represente aquel que resulte menor que el 115 % de la tarifa de pago aplicable según los programas federales de Medicaid o los AGB (como se muestra más abajo) por los servicios de salud prestados al paciente.

**AGB (Montos generalmente cobrados)**

Según lo establecido en la IRC sección 501(r)(5), JHNJ utiliza el método retrospectivo para calcular los AGB (montos generalmente cobrados). El porcentaje de los AGB se calcula en forma anual al sumar el monto total de todas las reclamaciones de cuidados de emergencia o cuidados necesarios por razones médicas que han sido subsidiadas por la tarifa Medicaid por servicio y todos los aseguradores de salud privados (comerciales) en un periodo de 12 meses y dividirlo por los costos brutos asociados con esas reclamaciones. El porcentaje de los AGB se aplica a los costos brutos para determinar los AGB.

Tanto el porcentaje calculado de los AGB como una descripción adjunta del cálculo correspondiente se encuentran disponibles a pedido del interesado y en forma gratuita. Puede solicitarlo por teléfono llamando al coordinador de asistencia financiera de JHNJ al (856) 346-7873.

A toda persona que resulte elegible para asistencia financiera según esta FAP no se le cobrará un monto superior a los AGB en concepto de servicios de salud necesarios por motivos médicos. 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.

**VIII. Amplia difusión**

El FAP, la solicitud y el PLS se encuentran disponibles en línea en el siguiente sitio web: <https://www.kennedyhealth.org/patients/preparing-your-visit/financial-assistance>

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 JHNJ. Esto incluye, entre otras, las salas de emergencia y las áreas de recepción/admisión de pacientes.

A todos los pacientes de JHNJ 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.

JHNJ 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 en JHNJ 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 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 JHNJ.

## **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 JHNJ 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**

Cuando la reclamación de un paciente ha sido procesada por su seguro, las cuentas del paciente son transferidas al proceso de "primera emisión" de JHNJ. Durante este tiempo, JHNJ enviará una factura al paciente en la que indicará la responsabilidad del paciente. Además, si un paciente no tiene cobertura de terceros, recibirá una factura que indicará la responsabilidad del paciente. Esta 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, los terceros que actúan en representación de JHNJ pueden comunicarse con el paciente por vía telefónica para cobrar el pago. No se iniciará ninguna ECA contra el paciente mientras la cuenta se encuentre en el ciclo de primera emisión.

Después de que el paciente reciba su primer resumen de cuenta posterior al alta, JHNJ enviará 3 resúmenes adicionales (4 resúmenes de cuenta en total en intervalos de 30 días).

Si no se hubiera recibido el pago después de los 3 resúmenes de cuenta (90 días luego de la fecha del primer resumen de cuenta posterior al alta), JHNJ enviará una carta que informe al paciente que la cuenta será transferida a cobranzas si no se recibe el pago dentro de los 30 días. Además, la carta incluirá las ECA (definidas aquí arriba) que pueden iniciarse luego de que la cuenta del paciente haya sido transferida a cobranzas. La notificación por escrito incluirá también una copia del PLS.

Luego del vencimiento del periodo de notificación, JHNJ transferirá la cuenta del paciente a cobranzas. Las estrategias de la agencia de cobranza para gestionar cobros incluirán llamadas telefónicas, cartas y algunas ECA. Todas las actividades se documentarán

completamente dentro del sistema de facturación y seguirán los lineamientos de las reglamentaciones estatales que rigen a las agencias de cobranzas.

Si las agencias de cobranzas no tienen éxito (durante un periodo que no supere los 180 días), la cuenta del paciente se transferirá nuevamente a JHNJ. Al momento de regresar la cuenta, la agencia de cobranzas incluirá la documentación completa de las actividades y los hallazgos realizados cuando se haya concretado la comunicación con el paciente, así como la fecha de regreso de la cuenta a JHNJ.

#### **IV. Conformidad con IRC sección 501(r)(6)**

En conformidad con la IRC sección 501(r)(6), JHNJ no se involucra en ninguna ECA previo al vencimiento del periodo de notificación.

Inmediatamente luego del periodo de notificación, JHNJ o cualquier tercero en su representación puede iniciar las siguientes ECA contra un paciente por un saldo impago si la determinación de elegibilidad para la FAP no se ha realizado o si la persona no es elegible para asistencia financiera.

- Comunicar información adversa sobre la persona a las agencias de informes crediticios del consumidor o a las oficinas de crédito;
- Colocar un embargo sobre la propiedad de la persona;
- Iniciar acción civil contra la persona, y
- Realizar un embargo sobre el salario de la persona.

JHNJ puede autorizar a terceros a iniciar alguna ECA sobre las cuentas de pacientes morosos luego del periodo de notificación. Los terceros autorizados garantizarán que se realizaron esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible o no para asistencia financiera según esta FAP y realizarán estas actividades durante por lo menos los 30 días previos a iniciar cualquier ECA.

1. El paciente recibirá una notificación escrita, la cual:

- (a) Indicará que existe asistencia financiera disponible para pacientes elegibles;
- (b) Identificará la/las ECA que JHNJ pretende iniciar para obtener el pago de los servicios, e
- (c) Indicará una fecha límite luego de la cual pueden iniciarse las ECA informadas.

2. El paciente recibirá una copia del PLS adjunta a esta notificación escrita, y

3. Se realizaron esfuerzos razonables para notificar de manera verbal a la persona sobre la FAP y cómo puede obtener ayuda con el proceso de solicitud de asistencia financiera.

JHNJ y los proveedores que actúan en su representación aceptarán y procesarán todas las solicitudes de asistencia financiera disponible por esta política que hayan sido presentadas durante el periodo de solicitud. El Departamento de Ciclo de Ingresos tiene la palabra final en la determinación de que JHNJ haya realizado esfuerzos razonables para informar al paciente sobre la disponibilidad de asistencia financiera antes de recurrir a acciones de cobranza extraordinaria.

## Anexo A: Listado de proveedores

La política de asistencia financiera de JHNJ se aplica en los siguientes hospitales: Jefferson Cherry Hill Hospital, Jefferson Stratford Hospital y Jefferson Washington Township Hospital. Algunos profesionales y otros proveedores de atención médica que brindan sus servicios dentro de las instalaciones de estos hospitales no están obligados a adherirse a esta política de asistencia financiera.

A continuación se detalla el listado de proveedores por especialidad que ofrecen servicios de emergencia o cuidados necesarios por razones médicas dentro de las instalaciones de los hospitales y que no están cubiertos por la FAP.

- Alergia/Inmunología
- Anestesiología
- Cardiología
- Cirugía de colon y recto
- Cuidados intensivos
- Dermatología
- Medicina de emergencia
- Medicina laboral
- Endocrinología
- Clínica Familiar
- Gastroenterología
- Odontología general
- Medicina interna general
- Cirugía general
- Geriatria
- Ginecología/Endocrinología
- Ginecología/Oncología
- Hematología/Oncología
- Enfermedades infectocontagiosas
- Medicina Materno-Fetal
- Diagnóstico médico por imágenes
- Neonatología
- Nefrología
- Neurología
- Neurocirugía
- Obstetricia/Ginecología

Nota: Jefferson Medical Group (JMG) tiene su propia política de asistencia financiera. Además, JMG respetará las determinaciones de la cobertura de beneficencia de Nueva Jersey que hayan sido realizadas previamente por JHNJ.

- En la actualidad no existen proveedores que brinden servicios de emergencia o cuidados necesarios por razones médicas dentro de las instalaciones de los hospitales de la organización que estén cubiertos por esta FAP. Muchos de los proveedores tienen sus propias políticas de asistencia financiera.

- Optometría
- Oftalmología
- Cirugía oral
- Cirugía ortopédica
- Osteopatía
- Otorrinolaringología
- Medicina del dolor
- Patología
- Alergia e inmunología pediátrica
- Cardiología pediátrica
- Medicina de emergencia pediátrica
- Neurología pediátrica
- Pediatría
- Medicina física y rehabilitación
- Cirugía plástica y reconstructiva
- Podología
- Psiquiatría
- Medicina pulmonar/cuidados críticos
- Radiación/Oncología
- Reumatología
- Medicina deportiva
- Telemedicina
- Cirugía torácica
- Urología
- Cirugía vascular