

| |
|---|
| ASUNTO: <p style="text-align: center;">St. Joseph's Healthcare System</p> <p style="text-align: center;">Política de asistencia financiera y de descuento de pago por cuenta propia</p> |
| APROBACIONES: |
| FECHA DE INICIO: |
| REVISIÓN / FECHA DE REVISIÓN |
| NÚMERO DE POLÍTICA |

POLÍTICA

Healthcare System de St. Joseph ("SJHS"), en funcionamiento de St. Joseph's Regional Medical Center y St. Joseph's Wayne Hospital está comprometido a proporcionar atención para emergencias y otras necesidades médicas para las personas que tienen necesidades de atención médica sin importar si no cuentan con seguro médico, son infrasegurados, no son elegibles para un programa del gobierno, insuficiente y sin seguro médico, o no puede pagar. Siendo consistente con su misión de ofrecer servicios de atención médica compasivos y de alta calidad y accesibles; y velar por las personas que son pobres y menos afortunadas; a la vez siendo responsable financieramente, SJHS se esfuerza para asegurarse de que las personas que necesitan servicios de atención médica puedan recibirlas independientemente de su situación financiera.

Para el propósito de esta póliza, los términos a continuación se definen de la siguiente manera:

- **Montos generalmente facturados o AGB (por sus siglas en inglés):** Los "montos generalmente facturados" se refiere a la cantidad cobrada por la atención que proporciona SJHS a cualquier persona que es elegible para recibir asistencia bajo este FAP, que se limita a (i) casos de emergencia u otros servicios médicamente necesarios; no más de los montos generalmente facturados a las personas que tienen seguro que cubre dicha atención, y (ii) en el caso de todos los demás cuidados médicos cubiertos por este FAP, a menos de los cargos brutos de SJHS para dicha atención, todo calculado de conformidad con la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas y el Reglamento del Tesoro en virtud del mismo.
- **El porcentaje del AGB** se refiere al porcentaje de los cargos bruto que SJHS utiliza bajo la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas y el Reglamento del Tesoro en virtud del mismo para determinar el AGB para cualquier situación de emergencia u otras necesidades de atención médica que le proporciona a una persona que es elegible para recibir asistencia bajo este FAP.
- **Los cargos bruto** se refiere al precio completo y establecido de SJHS para recibir atención médica que SJHS cobra consistentemente a los pacientes antes de aplicar cualquier monto autorizado para servicios contractuales, descuentos o deducciones.

- **Política de asistencia financiera o FAP de SJHS:** Servicios de emergencia y otros servicios de atención médica médicamente necesarios que han sido o serán proporcionados bajo el programa de asistencia de pago de atención de New Jersey Hospital o atención gratuita o con descuento, con base en los criterios establecidos a continuación:
 - **Charity Care:** atención gratis o a costo reducido para los pacientes elegibles bajo el programa de asistencia de pago de atención de New Jersey Hospital.
 - **Elegibilidad para recibir asistencia financiera gratuita o presunta:** En ciertas circunstancias el paciente puede que tenga una necesidad de servicios médicos urgentes y parecer elegible para descuentos en Charity Care, pero no existe ninguna solicitud de asistencia financiera en nuestros archivos debido a la falta de documentación de respaldo. Debido a la naturaleza inherente de las presuntas circunstancias, se pueden proporcionar los servicios y se puede descontar un 100% del saldo del paciente.
 - **Tabla de tarifas del pago por cuenta propia:** Esta cantidad refleja las tarifas de "pagos personales" para emergencias y otros servicios de atención médica médicamente necesarios para las personas que no son elegibles para Charity Care e incluye las disposiciones de los límites de facturación con descuento de atención de New Jersey. La tabla de tarifas de pago por cuenta propia está adjuntada como apéndice B.
 - **Médicamente necesario:** Cualquier procedimiento razonablemente determinado para prevenir, diagnosticar, corregir, curar, aliviar o evitar el empeoramiento de las condiciones que ponen en peligro la vida, causan sufrimiento o dolor, dan lugar a enfermedades o dolencias, amenazan con causar o agravar una discapacidad, o causan deformidad física o mal funcionamiento si no hay tratamiento igualmente eficaz, más conservador o menos costoso disponible.

El propósito es que este FAP cumpla con la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas y el Reglamento del Tesoro en virtud del mismo. SJHS se reserva el derecho de enmendar este FAP en cualquier momento.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

La elegibilidad para esta política de asistencia financiera SJHS se basará en una determinación individualizada de la necesidad económica, y no tendrá en cuenta la edad, sexo, raza, condición social o inmigrante, orientación sexual o afiliación religiosa.

PROVEEDORES PARTICIPANTES DE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE SJHS

Esta Política de Asistencia Financiera SJHS aplica a emergencias y otra atención médicamente necesaria proporcionada en hospitales afiliados de SJHS, por los médicos de la facultad, y contratistas independientes identificados. Puede encontrar una lista detallada de los proveedores participantes y proveedores que no están cubiertos por este FAP en el sitio de Internet del hospital en www.StJosephsHealth.org.

PROCEDIMIENTOS DE HOSPITAL – CÓMO SOLICITAR ASISTENCIA FINANCIERA

1. Tras el registro para el servicio de hospital, y después del Acta del Tratamiento Médico de Urgencias y de Trabajo Federal y Estatal ("EMTALA" por sus siglas en inglés, que se encuentra en la Sección 1867(a) de la Ley de Seguridad Social) se cumplen los requisitos, los pacientes serán informados de su responsabilidad financiera prevista, incluyendo una estimación de los gastos del hospital, copago, coaseguro, y deducible antes de la prestación de los servicios, según sea el caso.
2. Si un paciente no cuenta con seguro, o no tiene un seguro federal, estatal o privado, él o ella puede solicitar una cita de asistencia financiera por parte del personal de registro, o llamando al 844-770-4877.
3. El personal de Registro ofrecerá una copia del resumen en términos sencillos ("PLS") de este FAP y una Declaración Jurada de Asistencia Financiera (Apéndice C) para ser completado con el fin de determinar la elegibilidad para los programas de tarifas de pago por cuenta propia o los límites de facturación de New Jersey basado en el nivel de ingreso brindando por el paciente.
4. Los pacientes cuyos ingresos están por debajo del 300% de las Guías Federales de Pobreza aplicables serán dirigidos al departamento de Asesoría Financiera para la verificación de los mismos y la determinación de la elegibilidad para los programas de Medicaid, Charity, o descuento de pago por cuenta propia.
 - a. La determinación de la elegibilidad para recibir asistencia financiera se harán de acuerdo con N.J.A.C. 10:52-11-12 y -13 (Charity Care) y cumplirá con la solicitud, aprobación, facturación de SJHS y el procesamiento del programa de asistencia de pago de atención de New Jersey Hospital o póliza de pacientes sin seguro médico, según corresponda.
 - b. Al momento de recibir toda la documentación requerida (como se señala en el Apéndice B), el asesor financiero hará una determinación de elegibilidad para Medicaid. Si el asesor considera al solicitante elegible, el asesor le ayudará en la finalización de la solicitud de Medicaid que luego es enviada al Consejero del Condado de Medicaid para su aprobación final y inscripción solicitante.
 - c. Si un solicitante no se considera elegible para Medicaid, el asesor financiero comenzará la inscripción para un subsidio de Charity Care. Las solicitudes se procesan rápidamente y se le informará al solicitante sobre el estado de aprobación, en el mismo día de la aplicación siempre que sea posible, pero no a más tardar 10 días después de la fecha de solicitud.
 - d. Si un solicitante no se considera elegible para un subsidio de atención de beneficencia, ya en su totalidad o en parte, se le proporcionará una declaración por escrito y fechado con las razones de la denegación. Luego, el solicitante será sujeto a la tabla de tarifas de pago por cuenta propia para emergencias y otros servicios de atención médica

médicamente necesarios. Además, esta declaración deberá indicar que el solicitante podrá volver a aplicar a Medicaid o Charity Care.

- e. Un solicitante que considera que sus circunstancias financieras han cambiado de tal manera que lo hacen elegible para recibir asistencia, puede solicitar una revisión de elegibilidad de ingresos en cualquier momento para futuros descuentos o servicios hospitalarios gratis.
- f. Para preguntas del solicitante o solicitar una copia de la solicitud de FAP puede ser dirigida a Charity Care Customer Service Center at 844-770-4877.

LINEAMIENTOS DE ELEGIBILIDAD DE CHARITY CARE

Acuerdo con el programa de asistencia de pago de atención de New Jersey Hospital, los pacientes cuyo ingreso familiar es igual o inferior a 300% del nivel federal de pobreza son elegibles para el programa de asistencia de pago de atención de New Jersey Hospital. La asistencia de pago de atención de hospital está disponible para los residentes de New Jersey que:

- 1. No tienen ninguna cobertura de salud o cuentan con una cobertura que paga únicamente parte de la factura; **y**
- 2. No son elegibles para ninguna cobertura de patrocinio privado o gubernamental (por ejemplo, Medicaid); **y**
- 3. Cumplen con **tanto** los criterios de elegibilidad de ingresos y activos enumerados a continuación.

La asistencia del hospital también está disponible para las personas que no son residentes de New Jersey para situaciones de emergencia que requieren atención médica inmediata. Los que no son residentes serán examinados de acuerdo con los lineamientos de Charity Care, que aparecen a continuación y pueden ser aprobados caso por caso por los servicios proporcionados en el Departamento de emergencia o cuando son admitidos en el Departamento de emergencias. Charity Care no cubre los honorarios de los médicos.

CRITERIOS DE INGRESO

| Ingresos como porcentaje de las Directrices de Ingresos del Departamento de Salud y de Servicios de Pobreza Humana de los EE.UU. | Porcentaje de Medicaid pagado por el paciente |
|--|---|
| menos o igual a 200% de las normas de la Pobreza Federal | 0% |
| más que el 200% de los límites de pobreza federal, pero menos o igual a 225% de las normas de la pobreza federal | 20% |
| más de 225% de las normas de la pobreza federal pero menos de o igual | 40% |

| | |
|--|------|
| a 250% de las normas de la pobreza federal 60% | |
| más de 250% de las normas de la pobreza federal pero menos de o igual a 275% de las normas de la pobreza federal | 60% |
| más de 275% de las normas de la pobreza federal pero menos de o igual a 300% de las normas de la pobreza federal | 80% |
| más de 300% de las normas de la pobreza federal | 100% |

Si los pacientes en la escala móvil de tarifas del 20% al 80% son responsables de gastos médicos calificados de desembolso directo de más de 30% de su ingreso bruto anual (es decir, facturas pendientes de pago por otras partes), entonces la cantidad de más de 30 % se considera el hospital ayuda para el pago de atención.

CRITERIOS DE ACTIVOS

| | |
|------------------------|--|
| Solicitante individual | Activos líquidos (efectivo, cuentas bancarias, IRAs, etc.) no puede exceder \$7,500 |
| Familia solicitante | Activos líquidos (efectivo, cuentas bancarias, IRAs, etc.) no puede exceder \$15,000 |

MONTOS GENERALMENTE FACTURADOS (AGB) LINEAMIENTO DE DESCUENTO DE ATENCIÓN

En constancia con la sección 501(r) del código de impuesto interno, los pacientes que no tienen seguro médico y no son elegibles para Medicaid o Charity Care pueden solicitar el descuento del AGB mostrado en la tabla de tarifas de pago por cuenta propia adjunta como apéndice B para emergencias y otra atención médicamente necesaria. En el caso de la otra atención médica cubierta por este FAP, SJHS limitará a los montos cobrados a un monto menor que los cargos bruto por dicha atención. Los pacientes deben completar el formulario de declaración de calificación del pago por cuenta propia y dar fe de que no tienen cobertura de seguro médico en ninguna forma.

El paciente será registrado utilizando el código de plan de seguro médico del pago por cuenta propia del FAP. El uso de este código de plan de seguro médico se aplicará únicamente a un

registro vigente. Si el paciente viene otra vez, se le solicitará que llene una nueva declaración jurada de asistencia financiera del pago por cuenta propia.

Los pacientes elegibles para el descuento de pago por cuenta propia será *cobrado no más* que el porcentaje del AGB del hospital tal como se aplica a los cargos bruto de SJHS para la atención médica. El apéndice B muestra los porcentajes del AGB actuales.

SJHS limita la cantidad que se cobra por la atención de emergencia y de otro cuidado médicamente necesario, proporcionado a los pacientes que son elegibles para recibir asistencia financiera bajo esta póliza a no más de los cargos brutos por la atención multiplicado por el porcentaje del AGB. El porcentaje del AGB se determina utilizando un "método de cálculo retroactivo." De acuerdo con este método, SJHS determina el AGB para cualquier emergencia u otro cuidado médicamente necesario que se ofrece a las personas elegibles de FAP al multiplicar los cargos bruto de SJHS para la atención por parte de uno o más porcentajes del AGB. SJHS calculará su(s) porcentaje(s) AGB al menos anualmente dividiendo la suma de los montos de todas sus afirmaciones de emergencia y otra atención médicamente necesarias que han sido permitidos por el pago por servicio de Medicare y todos los aseguradores de salud privados que pagan afirmaciones a SJHS durante un período anterior de 12 meses por la suma de los Cargos brutos correspondientes para esas afirmaciones. Si una afirmación se utiliza en al caluclar el/los porcentaje(s) AGB de SJHS depende de si el reclamo fue autorizado por una compañía de seguros de salud durante el período de 12 meses que se utilizado en el cálculo, no en si la atención que resulta en la reclamación se ha proporcionado durante ese período de 12 meses. Reclamos están organizados por tipo de encuentro; Hospital para pacientes hospitalizados, Hospital para pacientes ambulatorios, Hospital de emergencia y servicios médicos. Un porcentaje del AGB (y un descuento del AGB correspondiente) será calculado para cada tipo de encuentro de la reclamación. Ver el Apéndice B.

Por ejemplo, donde total de gastos de internación igual \$1,000 y reembolsos totales para pacientes hospitalizados igualan a \$600. El porcentaje AGB resultante es el 60% de los cargos totales encuentro. Acuerdo con el New Jersey facturación límites con descuento de atención de las directrices, un individuo no se facturará más que el 115% de la tarifa de Medicare cuando el cálculo del AGB resulta en un monto que exceda el 115% de la tarifa de Medicare. En casos cuando el cálculo del AGB resulta en una cantidad que es más baja que el 115% de la tarifa de Medicare, que la persona será facturados la tarifa calculada del AGB, no el 115% de la tarifa de Medicare.

El porcentaje del AGB se calcula, por lo menos una vez por año, en la implementación no más de 120 días después de la finalización del año.

ACCESO PÚBLICO A LA TABLA DE TARIFAS DEL AGB

Como cada encuentro de la paciente puede tener un único conjunto de servicios, las personas pueden tener acceso a una tabla de los servicios para pacientes hospitalizados, de emergencia, para pacientes ambulatorios y el médico comunes en el sitio web del hospital:

<https://StJosephsHealth.org/> o al comunicarse con el representante de servicios financieros de los pacientes al 973-754-2892. Todas las tarifas de citadas están sujeta a una revisión final

de los servicios en realidad utilizar tal y como aparece en el hospital y se refleja en Universal factura (UB) o profesional de la factura de servicios (CMS - 1500) del paciente).

ASISTENCIA DE ELEGIBILIDAD GRATUITA O PRESUNTA

Sin o puede se puede determinar la elegibilidad presunta recibir asistencia financiera en una base de caso por caso con base en las circunstancias de la vida individual que pueden incluir, pero no se limitan a:

- Sin hogar o recibe atención de una clínica sin hogar;
- Participación en los programas de las mujeres, infantes y niños "(WIC del)";
- Cupones para alimentos o la elegibilidad de almuerzo de subsidio de la escuela;
- Programas de elegibilidad para otra agencia local o estatal que son no financiada (por ejemplo, Medicaid deducible);
- Vivienda de bajos ingresos/subsidiado por el sea proporcionado con una dirección válida;
- Paciente ha fallecido con ninguna conocida inmuebles
- Ciertas circunstancias relacionadas con la enfermedad catastrófica

FACTURACIÓN Y LOS PROCEDIMIENTOS DE SEGUIMIENTO

Después de la prestación de servicios, servicios financieros para pacientes le enviará a pacientes una factura por los servicios y una copia de un resumen de lenguaje simple ("PLS") del FAP asesorar a los pacientes de las opciones de asistencia financiera y pagar descuentos en auto. Si se ha identificado una compañía de seguros válida, la factura del paciente se enviará a la compañía aseguradora para el pago. Pacientes llamando a servicios financieros para pacientes con una cuenta con una fecha de elegibilidad del servicio serán informados de esta FAP y pidió que él/ella desea practicársele exámenes de.

- Si el paciente tiene una cobertura para usted paga asistencia declaración jurada financiera (Apéndice C), que acompaña el estado de cuenta, el representante de servicios financieros para pacientes le hará al paciente a completar y enviarla por fax o por correo.

Fax:

En persona o por correo a:

St. Joseph's Healthcare System
Patient Financial Services Department
703 Main Street
Paterson, NJ 07503

- Si el paciente tiene una cobertura para usted paga asistencia declaración jurada financiera, se pedirá al paciente para proporcionar la información solicitada por teléfono. Si el paciente está de acuerdo, el representante de servicios financieros

para pacientes le llene y firme la declaración en nombre del paciente, hacer una nota de la fecha, hora y proporcionar la información de la persona.

- En cualquier caso, el representante de la declaración de asistencia financiera paga auto volver a verificará la cuenta con el código de descuento apropiado. Si el paciente prefiere completar la cobertura para usted paga financiera asistencia declaración jurada, el formulario le enviaremos por correo a la dirección que aparece en nuestros archivos. No se cambiará el código de plan de seguro médico y no se harán ajuste para el saldo de la cuenta hasta que se devuelve la declaración completa y el paciente que se considere elegible.
- Los pacientes elegibles se referirá a orientadores financieros para Charity Care o de verificación de seguro de bajos ingresos.

Se le explorará todas las declaraciones llenas en diagnóstico por imágenes de documento sin importar de dónde se complete el formulario.

Cuenta del paciente será subsidiado automáticamente para reflejar las tarifas del plan del programa de subsidio apropiadas.

Procedimientos de crédito y recolección

Es la política de SJHS que los pacientes cumplen con sus obligaciones financieras, a garantizar que continúa atención de pacientes de calidad a ser prestados a todos los pacientes actuales y futuros. Por lo general, resolución de colecciones para los pacientes con seguro médico (Medicaid, Medicare, de indemnización compensación y atención administrada) le ser inicialmente llevadas a cabo por los portadores de correspondientes. Una vez que se han agotado todos los esfuerzos razonables, los pacientes serán reclasificados como Self-pagar y procedimientos de recolección prevalecerán. Después de 30 días, se le enviará una notificación de estado de la recolección de la paciente informándole al paciente de su obligación de pendiente, junto con una copia de la PLS al paciente. Inclusive de este aviso será las acciones deben ser tomados SJHS en el caso de falta de pago y la obligación de pendiente toda se referirá a una agencia de externas de cobro

Los pacientes que se clasifican en la clase financiera Self-paga pueden ser considerados elegibles para una referencia de plan de pago.

Cuentas con más de 120 días a partir de la fecha de la secreción posterior al primer estado de cuenta proporcionado al paciente se transferido a impagados y se refiere a una agencia de cobros por la cuenta de cuentas de seguimiento. Las excepciones a este proceso son permitidos donde garantizan situaciones individuales y se obtiene aprobación por el Director de servicios financieros para pacientes para cuentas de hospital, o por el Director de servicios de médico para la factura de un médico. Administración de los servicios de la Agencia de cobros le dará seguimiento a la mala deuda y la política de la Agencia de recolección de la.

De forma individual, donde acciones extraordinarias colecciones ("ACES") se consideren necesarios, Healthcare System de St. Joseph tendrá todos los recursos legales para el cobro su deuda. Aprobación debe obtener por anticipado de la director financiero y emitida al paciente de la notificación por escrito / fiador.

- Si la persona presenta una solicitud después de la referencia o la venta de la deuda pero antes del final del período de solicitud, y se determina que la persona a ser elegible FAP, SJHS solicitará la tercera parte de suspender las ACEs para obtener el pago por la atención de manera oportuna. Cumplimiento con los procedimientos especificados en este acuerdo se asegura que la persona no le paga y no tiene ninguna obligación de pagar la tercera parte o más de St. Joseph que él o ella está obligada a pagar por la atención como una persona elegible FAP; y
- Si corresponde, y si la tercera parte con la autoridad para hacerlo, tomar todas las medidas disponibles razonables para revertir cualquier ECA, que no sea la venta de una deuda, se toman contra la persona elegible FAP.
- Si la tercera parte se refiere o venda la deuda a otra de las partes durante el período de solicitud, la tercera parte obtendrá un acuerdo por escrito de la parte nueva, incluyendo todos los elementos que se describió anteriormente.

POLÍTICAS DEL PLAN DE PAGO

Los pacientes que se comuniquen con SJHS para solicitar un plan de pago serán dirigidos al consejero de servicios financieros del paciente para los cargos del hospital, del departamento de facturación del médico y la facturación por los cargos del médico para coordinar un plan de hasta 12 meses.

Para los pacientes que están cooperando de buena fe para resolver sus obligaciones, SJHS puede ofrecer planes de pago extendidos a los pacientes elegibles, y no imponer embargos de salarios o gravámenes sobre residencias primarias. SJHS no enviará las facturas pendientes de pago a las agencias de cobro externas y cesará todos los esfuerzos de recolección.

El plan acordado se documentará en el sistema de facturación de SJHS o del médico incluyendo la dirección del paciente/garante e información de contacto, así como, según se acordó en los detalles del pago. Luego se emitirán facturas mensuales por la duración del plan.

Si el paciente/ garante no cumple con el acuerdo sobre los pagos, resultará en la entrega de la cuenta a la agencia de cobranza como se indicó anteriormente.

COMUNICACIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE ASISTENCIA FINANCIERA Y/O DESCUENTOS PAGO POR CUENTA PROPIA DEL PACIENTE

La notificación sobre este FAP, con descuento de la atención o programas de subsidio por bajos ingresos disponibles de SJHS deberá ser propagados en forma por medios diferentes,

que pueden incluir, pero no se limitan a, la publicación de su FAP, solicitud de FAP y PLS en sitio web de SJHS, avisos en cobros a los pacientes y mediante la publicación de avisos en los departamentos de emergencias, departamentos de admisión y de la inscripción, oficinas de negocios del hospital y las oficinas de servicios financieros de los pacientes que se encuentran en el campus del centro y en otros lugares públicos como SJHS puede elegir. Dicha información se deberá proporcionar en los idiomas primarios hablados por la población atendida por SJHS, que representa la cantidad menor de 5% de nuestra PSA o 1,000 personas. La remisión de los pacientes para recibir asistencia financiera y/o la oferta de un descuento de pago por cuenta propia puede ser hecha por cualquier miembro del personal SJHS o el personal médico, incluyendo médicos, enfermeras, orientadores financieros, trabajadores sociales, administradores de casos, los capellanes y patrocinadores religiosos. Una solicitud para recibir asistencia financiera y/o un de pago por cuenta propia por medio puede ser realizado por el paciente o un familiar, amigo cercano o asociado del paciente, sujeto a las leyes de privacidad aplicables. La aprobación de asistencia financiera o un descuento de pago por cuenta propia está sujeta al cumplimiento satisfactorio de cada uno de los requisitos del programa según se describe en este documento.

REQUISITOS REGLAMENTARIOS

En la implementación de esta política, los centros de salud y administración de SJHS deberán cumplir con todas las demás leyes federales, estatales y locales; las reglas y regulaciones que pueden aplicarse a las actividades realizadas en virtud de este FAP, incluyendo todas las disposiciones de Ryan White.

OTRAS POLÍTICAS Y FORMULARIOS RELEVANTES

Formulario de declaración jurada de asistencia financiera del pago por cuenta propia
(Apéndice C)

Formulario de solicitud de asistencia financiera

Política de deudas incobrables y la agencia de cobros

Normas de la Pobreza Federal

