

**POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO
DEL PROGRAMA DE CUMPLIMIENTO CORPORATIVO
DE CAPITAL HEALTH SYSTEM**

TÍTULO: Política de Asistencia Financiera y Cobranzas del Hospital		N.º: CCP-FI-006
FUENTE DE ORIGEN: Cumplimiento corporativo		FECHA DE VIGENCIA: 1 de enero de 2020
APROBACIONES EJECUTIVAS: <hr/> Al Maghazehe, Ph.D., Presidente y CEO de CHE <hr/> Stephen A. Miller, JD Director General de Cumplimiento <hr/> Shane Fleming VP Sénior y Director General de Finanzas	PERSONAL: Finanzas Acceso del paciente Cuentas del paciente	REEMPLAZA A: CCP-FI-006 1 de enero de 2019 Página: 1 de 14
	DISTRIBUCIÓN: Capital Link – Cumplimiento corporativo	
	APROBACIONES DEL COMITÉ: Comité de Dirección Ejecutiva de Cumplimiento Corporativo APROBACIONES EJECUTIVAS: Junta de Directores	

I. OBJETIVO

Establecer estándares de facturación justos y equitativos, prácticas de asistencia financiera y cobranzas que reflejen el estado del Capital Health Medical Center – Hopewell y Capital Health Regional Medical Center (en conjunto “Capital Health”) como proveedor de cuidado de la salud sin fines de lucro y que promueve su misión para brindar acceso a servicios de salud de alta calidad a residentes del área de servicio, independientemente de la posibilidad de pagar dicho servicio.

II. FORMULARIOS/DOCUMENTOS ADJUNTOS

Hoja de cálculo financiera confidencial de Capital Health

Lista de proveedores de Capital Health

III. EQUIPAMIENTO/SUMINISTROS

Ninguno

IV. POLÍTICA

En conjunto con la Declaración de Misión, Capital Health, y cualquier entidad relacionada considerablemente como lo define el Servicio de Impuestos Internos, mantiene prácticas de facturación justas y equitativas que tratan a todos los pacientes con dignidad, respeto y compasión. Capital Health presta servicios de emergencia y para otras necesidades de salud médicamente necesarias de cada persona, independientemente de la capacidad de pago de acuerdo con la política de Cuidados de Emergencia (Política N.º CCP-PC-002) y la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo (EMTALA, por sus siglas en inglés). Capital Health brinda asistencia a los pacientes que no pueden pagar una parte o el total de servicio de salud que reciben de manera que sea coherente con la misión y los valores de Capital Health y que tiene en cuenta la posibilidad de cada persona de contribuir con el costo del servicio de salud.

Consulte el Apéndice B para obtener la lista de todos los proveedores que brindan servicios de emergencia u otros servicios de salud médicamente necesarios en el Capital Health Medical Center - Hopewell y Capital Health Regional Medical Center y conocer si la Política de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés) cubre o no estos servicios. Esta lista se revisará y actualizará cada tres meses de ser necesario.

V. AMPLIA PROMOCIÓN

La FAP, la Hoja de cálculo financiera confidencial de Capital Health (“Solicitud”) y el Resumen en términos sencillos (PLS, por sus siglas en inglés) están disponibles en inglés y en los idiomas principales de poblaciones con un nivel de inglés limitado que constituye menos de 1.000 individuos o el 5 % de la comunidad que recibió asistencia de cada área de servicio primario de la instalación hospitalaria. Se harán todos los esfuerzos para garantizar que los documentos de la FAP se comuniquen de manera clara a los pacientes cuyos idiomas principales no estén incluidos en las traducciones disponibles. El PLS es una declaración

escrita que notifica a un individuo que la instalación del hospital ofrece asistencia financiera y brinda información en relación con esta FAP en un idioma que es claro, conciso y fácil de entender.

Capital Health realiza esfuerzos razonables para informar a los pacientes de la posible disponibilidad de asistencia financiera. Cuando un paciente consulta sobre asistencia financiera, el personal avisará al paciente que la asistencia financiera puede estar disponible, pero únicamente según los criterios establecidos en esta política y que para recibir más información, el paciente o el médico deben contactar al Administrador de Cobranzas y Crédito del Departamento de Cuentas de Pacientes.

La FAP, la Solicitud y el PLS estarán visiblemente expuestos de la siguiente manera:

- A. La FAP, la Solicitud y el PLS están disponibles en la página web de Capital Health: www.capitalhealth.org
- B. Las copias impresas de la FAP, la Solicitud y el PLS están disponibles a pedido sin cargo por correo postal o en lugares públicos de cada instalación del hospital (esto incluye, como mínimo, la sala de emergencias y las áreas de admisión) que se encuentran en las siguientes direcciones:

Capital Health Medical Center – Hopewell
One Capital Way
Pennington, NJ 08534

Capital Health Regional Medical Center
750 Brunswick Avenue
Trenton, NJ 08638

- C. Informa y notifica a los miembros de la comunidad que recibieron atención de cada instalación del hospital sobre la FAP de una manera en la que llegará a los miembros de la comunidad que probablemente necesiten asistencia financiera.
- D. Notifica e informa a los miembros que reciben asistencia médica de las instalaciones del hospital sobre la FAP de las siguientes formas:
 - 1. Se ofrece una copia impresa del PLS a pacientes hospitalizados como parte del proceso de admisión.
 - 2. Se incluye una notificación por escrito destacada que informa a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera en todos los estados de facturación.
 - 3. Se exponen anuncios visibles que notifican e informan a pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera en lugares públicos de cada instalación del hospital.

VI. PROGRAMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA Y CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

A. Pacientes sin seguro:

Se define a un paciente sin seguro como un paciente que no tiene cobertura de seguro para los servicios médicos necesarios y no es elegible para ningún programa estatal, federal o local. Si el paciente cumple con esta definición y con los criterios que figuran a continuación en los puntos “a” y “b”, el paciente calificará por un Descuento para pacientes sin seguro que se ajustará a la responsabilidad del paciente a no más del 115 % del reembolso de Medicare (*Ley Pública de NJ 2008, c.60*).

Este descuento se calcula de la siguiente manera:

1. Para todos los servicios para pacientes hospitalizados, use el 115 % del monto de grupo relacionado por el diagnóstico (DRG, por sus siglas en inglés) de Medicare.
2. Para todos los servicios para pacientes ambulatorios, use el 115 % del monto de Medicare.

Los pacientes sin seguro deben cumplir con los siguientes criterios:

- a. Un residente de Nueva Jersey califica para servicios emergentes como para no emergentes.
- b. Un residente de los Estados Unidos fuera de Nueva Jersey califica solo para los servicios emergentes.

Si el paciente completa la Solicitud y califica para la Asistencia Financiera según esta política, no se le cobrará al paciente más que el descuento para pacientes sin seguro o los montos generalmente facturados por dicha atención médica (ver Sección VII).

B. El Programa de Asistencia para Pagos por Cuidado Hospitalario de Nueva Jersey (“Atención de beneficencia”):

La asistencia de Atención de beneficencia es sin cargo o tiene un cargo reducido de atención médica y está disponible para pacientes que reciben servicios hospitalarios y ambulatorios en hospitales de cuidados agudos en todo el estado de Nueva Jersey.

La Atención de beneficencia es un programa estatal disponible para los residentes de Nueva Jersey que:

1. No cuentan con cobertura de seguro médico o tienen una cobertura que paga únicamente una parte de la factura.
2. No son elegibles para cualquier cobertura patrocinada por el gobierno o privada.
3. Cumplen con los criterios de elegibilidad de ingresos y activos que establece el Estado.

Criterios de elegibilidad de ingresos: los pacientes con un ingreso bruto familiar menor o igual al 200 % de las Guías Federales de Pobreza (FPG, por sus siglas en inglés) son elegibles para el 100 % de la cobertura de Atención de beneficencia. Los pacientes con un ingreso bruto familiar mayor al 200 %, pero menor o igual que el 300 % de las FPG son elegibles para recibir atención médica con descuento según el programa de Atención de beneficencia. Los criterios de elegibilidad de ingreso se basan en el ingreso inmediato previo a la fecha del servicio.

Criterios de elegibilidad de activos: para ser elegible, los activos individuales de un paciente no pueden exceder los \$7,500 y los activos familiares no pueden exceder los \$15,000 a partir de la fecha de servicio. Para los efectos de esta sección, los miembros de la familia cuyos activos se deben considerar son todos individuos legalmente responsables según se define en N.J.A.C. 10:52-11.8(a).

Los cargos de atención médica gratuita o la cobertura parcial se determinarán mediante el criterio del Departamento de Atención Médica de Nueva Jersey para los Ingresos de las personas sin seguro.

C. Descuento por seguro insuficiente:

Capital Health brinda un descuento para todos los pacientes con seguro insuficiente elegibles que no pueden pagar todo o parte de la facturación del hospital. Este descuento está disponible para pacientes con seguro insuficiente que cumplen con los siguientes criterios de elegibilidad de ingresos.

Criterios de elegibilidad de ingresos: los pacientes con un ingreso bruto familiar menor o igual al 400 % de las FPG son elegibles para el 100 % de la cobertura. Los pacientes con un ingreso bruto familiar mayor al 400 %, pero menor o igual al 600 % de las FPG son elegibles para recibir atención médica con descuento.

Los cargos de atención médica gratuita o la cobertura parcial se determinarán al duplicar (2x) los montos que se incluyen en el criterio del Departamento de Atención Médica de Nueva Jersey para los Ingresos de las personas sin Seguro.

VII. MONTOS GENERALMENTE FACTURADOS (“AGB”)

De acuerdo con el Servicio de Impuestos Internos §501(r)(5), en caso de alguna emergencia u otra atención médica necesaria, a los pacientes elegibles para la asistencia financiera según esta FAP no se les cobrará más que a una persona que tiene un seguro que cubre dicha atención médica.

Capital Health utilizó el método retroactivo, la tarifa de Medicare para el servicio más aseguradoras de salud privadas para calcular el porcentaje de los montos generalmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés) para cada una de las instalaciones hospitalarias. El porcentaje de los AGB se calcula anualmente basándose en todos los reclamos aceptados por la tarifa de servicio de Medicare más aseguradoras de salud privadas por un periodo anterior de 12 meses, dividido por la suma de los cargos brutos asociados a estos reclamos. Los porcentajes de los AGB aplicables se aplicarán a los cargos brutos para determinar los AGB.

Los porcentajes de los AGB resultantes son los siguientes:

Capital Health Regional Medical Center

- Servicios para pacientes hospitalizados: 11.17 %
- Servicios para pacientes ambulatorios: 12.67 %

Capital Health Medical Center – Hopewell

- Servicios para pacientes hospitalizados: 7.65 %
- Servicios para pacientes ambulatorios: 12.99 %

A cualquier paciente elegible para recibir asistencia financiera siempre se le cobrará el menor de los cargos de los AGB o la tarifa de descuento disponible según esta FAP.

VIII.MÉTODO PARA SOLICITAR ASISTENCIA FINANCIERA

- A. A las personas sin seguro se les brindará un descuento según se detalla en la Sección VI (A). Se requiere una solicitud para obtener este descuento. Las personas sin seguro pueden solicitar asistencia financiera según se describe en la Sección VIII (C).
- B. Los pacientes que cumplen con los criterios de elegibilidad para la Atención de beneficencia deben enviar una Solicitud de Participación para el Programa de Asistencia del Hospital de Nueva Jersey.

En esta Solicitud se incluye cierta documentación que solicita la Sección de Atención de beneficencia del Manual de Servicio del Hospital N.J.A.C. 10:52. Se requiere la siguiente documentación para ser elegible:

1. Documentos de identificación de la familia y del paciente correctos:
Estos documentos pueden incluir cualquiera de los siguientes: licencia de conducir, tarjeta de seguro social, tarjeta de extranjero, partida de nacimiento, pasaporte, visa, identificación emitida por el estado, etc.
2. Prueba de residencia en Nueva Jersey a partir de la fecha de servicio: Estos documentos pueden incluir cualquiera de los siguientes: licencia de conducir, tarjeta de identificación de prestaciones sociales, factura de servicio público, declaración del impuesto sobre la renta federal, declaración del impuesto sobre la renta estatal o declaración de beneficios por desempleo (Nota: La atención médica de emergencia es una excepción del requisito de residencia).
3. Comprobante de ingresos brutos:
Esto puede incluir el pago del talón de cheques, formularios W-2, declaraciones de beneficios por desempleo, etc.

4. Comprobante de activos a partir de la fecha de servicio:
Estos son artículos que inmediatamente se convierten en efectivo. Estos incluyen estados de cuenta, declaraciones de inversión, etc.

Ocasionalmente, se puede solicitar documentación adicional según las circunstancias particulares del candidato. Una persona puede solicitar Atención de beneficencia hasta 2 años (730 días) de la fecha del servicio.

- C. Los pacientes que cumplen con los criterios de elegibilidad para el Descuento por seguro insuficiente deben enviar una Hoja de cálculo financiera confidencial de Capital Health completa para considerarlos elegibles. No se requiere documentación adicional para esta presentación.

Por lo general, los pacientes que necesitan la asistencia financiera enviarán inicialmente una Hoja de cálculo financiera confidencial. De acuerdo con la información provista, el Departamento de Cobranzas y Crédito de Capital Health le informará al paciente en caso de ser o no elegible para recibir asistencia financiera.

Una vez que se haya enviado una Solicitud completa, un miembro del personal de Cobranzas y Crédito revisará la Solicitud a fin de determinar la elegibilidad financiera. Se les notificará de forma escrita a los pacientes o a la persona responsable económicamente de todas las decisiones.

Si Capital Health recibe una Solicitud incompleta, se le enviará una notificación por escrito al paciente o a la persona responsable económicamente. En esta notificación se indicará con detalle la información adicional y/o la documentación necesaria para determinar la elegibilidad para la FAP. Se brindará a los pacientes, o a la persona responsable económicamente, 30 días o la cantidad de días restantes en el Periodo de Solicitud (dos años o 730 días a partir de la fecha de servicio), lo que sea mayor, para enviar una Solicitud completa que incluya toda la información adicional que solicite Capital Health. Además, se les brindará a los pacientes un PLS.

Consulte la Sección V para saber dónde se encuentra disponible la Solicitud sin cargo y por solicitud.

IX. PRÁCTICAS DE FACTURACIÓN Y COBRANZA

- A. Todas las cuentas dejadas contractualmente con una responsabilidad financiera por el asegurador o que no tienen responsabilidad de un tercero se consideran cuentas de pacientes que pagan sus propios gastos. A estos pacientes se les ofrecerá información sobre la asistencia financiera al momento de la admisión.
- B. Los pacientes que pagan sus propios gastos reciben una serie de cuatro correos con información y una notificación urgente por un periodo de 135 días a partir del primer resumen de facturación de la atención médica. Esta notificación urgente se debe enviar a los pacientes y se les debe proveer un mínimo de 30 días para cumplir con el saldo

adeudado pendiente antes de que la deuda se derive a la agencia de cobranza. Esta notificación:

- indicará que la asistencia financiera está disponible para pacientes elegibles;
- incluirá un número de teléfono para que las personas puedan obtener información sobre la FAP y asistencia con el proceso de Solicitud;
- incluirá la dirección del sitio web de la organización donde se podrá obtener copias de la FAP, la Solicitud y el PLS;
- identificará las Acciones de Cobranza Extraordinaria (ECA, por sus siglas en inglés) que el Tercero tiene la intención de iniciar para obtener el pago de la atención médica;
- establecerá una fecha límite para que comiencen las ECA (dicha fecha límite no será antes de los 30 días luego de la fecha que se entrega la notificación);
- incluirá una copia del PLS.

Capital Health realiza esfuerzos razonables para notificar oralmente a las personas sobre la FAP y cómo una persona puede obtener asistencia con el proceso de Solicitud.

- C. Además de los correos con información y la notificación urgente, el Departamento de Cuentas del Paciente realizará llamadas telefónicas a las cuentas con un saldo mayor a \$750.00 con el propósito de resolver el saldo pendiente.
- D. Si una deuda de pacientes que pagan sus propios gastos no se resuelve dentro de los 135 días, se considerará la cuenta como una deuda incobrable y se transferirá a una de las dos agencias de cobranzas principales según el apellido del paciente (alfabéticamente).
- E. La agencia de cobranza principal tiene 270 días para trabajar en la cuenta. Cuando finalicen los 270 días, si todavía hay un saldo adeudado, la cuenta se convertirá en una cuenta completamente automatizada y se reasignará a una agencia de cobranza secundaria. Solo se utilizará una agencia de cobranza secundaria.
- F. Una persona tiene dos años (730 días) a partir de la fecha de servicio para solicitar asistencia financiera.
- G. Si se recibe una Solicitud completa, Capital Health asegurará que se realizará lo siguiente:
 - Se suspenderán las ECA a los pacientes.

- Se realizará y documentará una determinación de elegibilidad de manera oportuna.
 - Capital Health notificará al paciente de forma escrita sobre la decisión y los fundamentos de esta, cómo se determinó ese monto y los porcentajes de AGB aplicables.
 - Se brindará un estado de facturación actualizado que indicará el monto que adeuda el paciente elegible para la FAP (si corresponde).
 - Se realizará el reembolso correspondiente de todos los montos pagados en exceso del monto que adeuda el paciente elegible para la FAP (si corresponde y si es mayor que \$5).
- H. Si se recibe una Solicitud incompleta, Capital Health le brindará al paciente una notificación por escrito que describe la información o documentación adicional solicitada para tomar una determinación de elegibilidad para la FAP. Los Terceros suspenderán las ECA para obtener un pago por la atención médica hasta que Capital Health tome una determinación de elegibilidad para la FAP.
- I. La agencia de cobranza secundaria es la única agencia autorizada para continuar con un recurso legal en una cuenta que tiene una deuda incobrable. Además de todas las cuentas seguidas legamente por la agencia de cobranza secundaria, la agencia también tiene 270 días para trabajar la cuenta.
- J. Cuando finalice el periodo de 270 días con la agencia de cobranza secundaria, la cuenta se convertirá en una cuenta automatizada por el sistema de contabilidad del paciente y se asignará un código de cuenta de TB (de retiro).
- K. Se asegurará que una cuenta con código de agencia de TB haya estado en el ciclo de cobranza por cuenta propia por 135 días, con una agencia de cobranza principal por 270 días y con una agencia de cobranza secundaria por otros 270 días.
- L. Todas las cuentas se tratan de la misma manera independientemente del pagador.

Quando un paciente expresa una incapacidad o dificultad para cumplir con la obligación financiera con Capital Health en relación con la atención médica, Capital Health trabaja con el paciente para determinar si la asistencia financiera está disponible para satisfacer la obligación del paciente. La asistencia financiera puede incluir lo siguiente:

- A. establecer un plan de pago razonable, sin exceder los días restantes del ciclo de facturación antes de la derivación a la agencia de cobranza principal;
- B. identificar la asistencia financiera disponible a través de programas como Medicaid, la Atención de beneficencia u otra organización de beneficencia de terceros;

- C. un descuento parcial o una exención completa de cargos asociados con la atención médica del paciente en relación con los términos y condiciones de esta política.

Capital Health solicita que las agencias de cobranza se adhieran a esta política. Para facilitar el cumplimiento de esta política, Capital Health incluye en todos los acuerdos con las agencias de cobranza:

- A. Requisitos para que la agencia de cobranza se abstenga de cualquier actividad que infrinja la Ley de Prácticas Justas para el Cobro de Deudas (15 U.S.C. Sección 1692 y siguientes).
- B. El reconocimiento por parte de la agencia de cobranza del estado y la misión sin fines de lucro de Capital Health y un acuerdo por parte de la agencia de abstenerse de las prácticas de cobranza que son contrarias a ese estado o que infringen esta política.

Capital Health solo tomará acción legal en un esfuerzo para obtener satisfacción de la obligación financiera del paciente donde existe una causa razonable para creer que el paciente o la parte responsable tiene ingresos y/o activos suficientes para satisfacer la obligación sin dificultad excesiva. Capital Health no busca la venta o ejecución de la residencia principal del paciente para satisfacer la obligación financiera del paciente.

X. REFERENCIAS

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Guía de Cumplimiento del Hospital de la Oficina del Inspector General, marzo de 1998
Declaración de Principios y Guías de las Prácticas de Facturación y Cobranza Hospitalarias de la Asociación Estadounidense de Hospitales y de la New Jersey Hospital Association
Ley de Asamblea de Nueva Jersey, A 2609

APÉNDICE A

**CAPITAL HEALTH
HOJA DE CÁLCULO FINANCIERA CONFIDENCIAL**

FECHA DE SERVICIO _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

PARTE RESPONSABLE _____

DIRECCIÓN: _____

LUGAR DE EMPLEO

PACIENTE: _____

PADRE/MADRE/CÓNYUGE: _____

PADRE/MADRE/CÓNYUGE: _____

TAMAÑO DE LA UNIDAD FAMILIAR

CANTIDAD DE FAMILIARES EN LA CASA: _____

OTROS DEPENDIENTES: _____

INGRESO MENSUAL (SOLO POR LA FECHA DE SERVICIO)

INGRESOS DEL PACIENTE _____

INGRESOS DEL CÓNYUGE _____

INGRESOS DEL PADRE (SI EL PACIENTE ES MENOR) _____

INGRESOS DE LA MADRE (SI EL PACIENTE ES MENOR) _____

MANUTENCIÓN INFANTIL _____

SEGURO SOCIAL _____

PENSIÓN _____

SEGURO DE INGRESO SUPLEMENTARIO/DISCAPACIDAD _____

BONOS DE ALIMENTOS _____

OTROS INGRESOS

() SÍ _____

() NO _____

INGRESO MENSUAL TOTAL _____

Certifico que la información anterior es fiel y precisa y que esta solicitud permite a Capital Health juzgar mi elegibilidad para gastos médicos de bolsillo reducidos. Si se prueba que cualquier tipo de información que brindé es falsa, entiendo que Capital Health puede reevaluar mi estado financiero y actuar, en caso de ser necesario, para cobrar en mi cuenta.

PACIENTE, PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL:

(Nombre en letra de imprenta)

(Firma)

(Fecha)

Apéndice B

Lista de proveedores de Capital Health

La Política de Asistencia Financiera de Capital Health no cubre los siguientes grupos:

Capital Health Medical Group
Capital Health Multispecialty Group

La Política de Asistencia Financiera de Capital Health no cubre las siguientes líneas de servicios que son facturados por un profesional de atención médica:

Servicios Profesionales de Anestesiología
Servicios Profesionales Vasculares y Cardiorráficos
Servicios Profesionales de Enfermedad Cardiovascular
Servicios Profesionales Médicos de Cuidados Críticos
Servicios Profesionales Dentales
Servicios Profesionales Dermatológicos
Servicios Profesionales de Emergencia Médica
Servicios Profesionales de Endocrinología
Servicios Profesionales Medicina Familiar
Servicios Profesionales de Gastroenterología
Servicios Profesionales de Cirugía General
Servicios Profesionales de Hematología/Oncología
Servicios Profesionales de Hepatología
Servicios Profesionales de Enfermedades Infecciosas
Servicios Profesionales de Medicina Interna
Servicios Profesionales de Nefrología
Servicios Profesionales de Cirugía Neurológica
Servicios Profesionales de Neurología
Servicios Profesionales de Obstetricia/Ginecología
Servicios Profesionales de Oftalmología
Servicios Profesionales de Cirugía Oral y Maxilofacial
Servicios Profesionales Ortopédicos
Servicios Profesionales de Otorrinolaringología
Servicios Profesionales de Patología
Servicios Profesionales de Cirugía Pediátrica
Servicios Profesionales Pediátricos
Servicios Profesionales de Cirugía Plástica y
Reconstructiva
Servicios Profesionales de Podología
Servicios Profesionales de Psiquiatría
Servicios Profesionales de Psicología

Servicios Profesionales Pulmonares

Servicios Profesionales de Radiación Oncológica

Servicios Profesionales de Radiología

Servicios Profesionales de Rehabilitación

Servicios Profesionales de Reumatología

Servicios Profesionales Torácicos

Servicios Profesionales de Urología

Servicios Profesionales Vasculares