



capitahealth

Aprobado por última vez N/A
En vigor A partir de su
aprobación Modificado por **Dic. 2025**
última vez
Próxima revisión 3 años después
de la aprobación

Responsable Layne Gambol: Director
de Cuentas de Pacientes
División Políticas de Cumplimiento
Corporativo
Referencias CCP-FI-006

Política de cobros y asistencia financiera del hospital

I. OBJETIVO

Establecer estándares para prácticas justas y equitativas de facturación, cobro y asistencia financiera que reflejen el estatus de Capital Health Medical Center - Hopewell y Capital Health Regional Medical Center (en conjunto, “Capital Health”) como proveedores de atención médica sin fines de lucro y que promuevan su misión de proporcionar acceso a servicios de atención médica de alta calidad a los residentes de su área de servicio, independientemente de su capacidad de pago.

II. FORMULARIOS/DOCUMENTO ADJUNTO

Hoja de trabajo financiera confidencial de Capital Health

Lista de proveedores de atención médica de Capital Health

III. EQUIPO/SUMINISTROS

Ninguno

IV. POLÍTICA

En relación con su declaración de misión, Capital Health y cualquier entidad sustancialmente relacionada, según la definición del Servicio de Rentas Internas, mantiene prácticas justas y equitativas de facturación que tratan a todos los pacientes con dignidad, respeto y compasión. Capital Health atiende las necesidades de atención médica de emergencia y de cualquier otro tipo, que sean médicamente necesarias, de todas las personas, independientemente de su capacidad de pago, de conformidad con su política sobre atención de emergencia (Política n.º CCP-PC-002) y la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA, por sus siglas en inglés). Capital Health brinda asistencia a los pacientes que no pueden pagar parte o la totalidad de la atención que reciben, de una manera consistente con su misión y sus valores, y que toma en cuenta la capacidad de cada persona para contribuir al costo de su atención.

Consulte el Anexo B para obtener una lista de todos los proveedores de atención médica de emergencia o de cualquier otro tipo, que sea médicamente necesaria, en Capital Health Medical Center - Hopewell y Capital Health Regional Medical Center, y si están cubiertos o no por la Política de asistencia financiera ("PAF"). Esta lista se revisará trimestralmente y se actualizará, si fuera necesario.

V. DIFUSIÓN AMPLIA

La PAF, la Hoja de trabajo financiera confidencial de Capital Health ("Solicitud") y el Resumen en lenguaje sencillo ("PLS", por sus siglas en inglés) están disponibles en inglés y en el idioma principal de las poblaciones con dominio limitado del inglés que constituyan 1,000 personas o el 5 % de la comunidad atendida por el área de servicio principal de cada centro hospitalario, lo que sea menor. Se hará todo lo posible para garantizar que los documentos de la PAF se transmitan de forma clara a los pacientes cuyo idioma principal no esté incluido entre las traducciones disponibles. El PLS es una declaración escrita que le informa a una persona que el centro hospitalario ofrece asistencia financiera y brinda información sobre esta PAF en un lenguaje claro, conciso y fácil de comprender.

Capital Health realiza esfuerzos razonables para informar a los pacientes sobre la posible disponibilidad de asistencia financiera. Cuando un paciente solicite información sobre asistencia financiera, el personal le informará que es posible que haya asistencia financiera disponible, pero solo según los criterios establecidos en esta política, y que para obtener más información, el paciente o el médico deben ponerse en contacto con el director de Crédito y Cobros del Departamento de Cuentas de Pacientes.

La PAF, la solicitud y el PLS se exhibirán de manera visible de la siguiente manera:

- A. La PAF, la solicitud y el PLS están disponibles ampliamente en el sitio web de Capital Health: www.capitalhealth.org;
- B. Hay copias impresas de la PAF, la solicitud y el PLS disponibles sin cargo alguno, previa solicitud por correo postal, y en lugares públicos de cada centro hospitalario (lo que incluye, como mínimo, la sala de emergencias y las áreas de admisión) ubicados 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. Informar y notificar a los miembros de la comunidad atendida por cada centro hospitalario sobre la PAF, de manera que se llegue a los miembros de la comunidad que más probablemente necesiten asistencia financiera;
- D. Notificar e informar sobre la PAF a los miembros que reciben atención en los centros hospitalarios, de la siguiente manera:
 1. Ofrecer una copia impresa del PLS a los pacientes hospitalizados como parte del proceso de admisión;
 2. Incluir un aviso visible por escrito que informe a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera en todos los estados de cuenta de facturación;

3. Colocar letreros visibles en lugares públicos de cada centro hospitalario para notificar e informar a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera.

VI. PROGRAMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA Y CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

A. Pacientes sin seguro:

Un paciente sin seguro se define como aquel que no tiene cobertura de seguro para sus servicios médicamente necesarios y no es elegible para ningún programa estatal, federal o local. Si el paciente cumple con esta definición y los criterios definidos en los apartados “a” y “b” a continuación, calificará para un descuento exigido por el estado para personas sin seguro, que ajustará su responsabilidad como paciente a no más del 115 % del reembolso de Medicare. (*Ley Pública de Nueva Jersey 2008, c.60*). No se requiere una solicitud para obtener este descuento.

Este descuento se calcula de la siguiente manera:

1. Para todos los servicios para pacientes hospitalizados, utilice el 115 % del monto de los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) de Medicare; y
2. Para todos los servicios para pacientes ambulatorios, utilice el 115 % del monto de Medicare.

Capital Health se reserva el derecho de aplicar descuentos de manera equitativa en función de las circunstancias financieras de cada paciente.

B. Programa de Asistencia para el Pago de la Atención Hospitalaria de Nueva Jersey (“Atención de Caridad”):

La Atención de Caridad es atención gratuita o a precio reducido que está disponible para los pacientes que reciben servicios hospitalarios y ambulatorios en hospitales de cuidados agudos en todo el estado de Nueva Jersey.

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

1. No tienen cobertura de seguro médico o tienen una cobertura que solo paga una parte de la factura;
2. No son elegibles para ninguna cobertura privada o patrocinada por el gobierno; y
3. Cumplen con los criterios de elegibilidad establecidos por el estado en cuanto a ingresos y activos.

Criterios de elegibilidad por ingresos: los pacientes con ingresos familiares brutos inferiores o iguales al 200 % de las Directrices federales de pobreza (“FPG”, por sus siglas en inglés) son elegibles para la cobertura de Atención de Caridad del 100 %. Los pacientes con ingresos familiares brutos superiores al 200 % pero inferiores o iguales al 300 % de las FPG son elegibles para recibir atención con descuento en el marco del programa de Atención de Caridad. Los criterios de elegibilidad por ingresos se basan en los ingresos inmediatamente anteriores a la fecha del servicio.

Criterios de elegibilidad por activos: para ser elegible, los activos individuales del paciente no pueden superar los \$7,500 y los activos familiares no pueden superar los \$15,000 a la fecha del servicio.

A los efectos de esta sección, los miembros de la familia cuyos activos deben tomarse en consideración son todas las personas legalmente responsables según se define en la sección 10:52-11.8(a) del Código Administrativo de Nueva Jersey (N.J.A.C., por sus siglas en inglés).

La atención gratuita o los cargos cubiertos parcialmente se determinarán mediante el uso de los criterios de ingresos del Departamento de Salud de Nueva Jersey para personas sin seguro.

C. Descuento por seguro insuficiente:

Capital Health ofrece un descuento a todos los pacientes con seguro insuficiente elegibles que no pueden pagar la totalidad o parte de su factura del hospital. Este descuento está disponible para pacientes con seguro insuficiente que cumplan los siguientes criterios de elegibilidad por ingresos.

Criterios de elegibilidad por ingresos: los pacientes con ingresos familiares brutos inferiores o iguales al 400 % de las Directrices federales de pobreza ("FPG") son elegibles para la cobertura del 100 %. Los pacientes con ingresos familiares brutos superiores al 400 % pero inferiores o iguales al 600 % de las FPG son elegibles para recibir atención con descuento.

La atención gratuita o los cargos cubiertos parcialmente se determinarán duplicando (2x) los montos incluidos en los criterios de ingresos del Departamento de Salud de Nueva Jersey para personas sin seguro.

VII. MONTOS GENERALMENTE FACTURADOS ("MGF")

De conformidad con la sección 501(r)(5) del Código de Rentas Internas, en el caso de emergencias o de cualquier otra atención médicamente necesaria, a los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera en virtud de esta PAF no se les cobrará más que a una persona que tenga un seguro que cubra dicha atención.

Capital Health utilizó el método retrospectivo, la tarifa por servicio de Medicare y las aseguradoras médicas privadas para calcular un porcentaje de los MGF para cada uno de sus centros hospitalarios. El porcentaje de los MGF se calcula anualmente con base en todas las reclamaciones autorizadas por Medicare por servicios prestados más las aseguradoras de salud privadas durante un período anterior de 12 meses, dividido por la suma de los cargos brutos asociados a esas reclamaciones. El porcentaje de los MGF aplicable se aplicará a los cargos brutos para determinar los MGF.

Los porcentajes de los MGF resultantes son los siguientes:

Capital Health Regional Medical Center

- Servicios para pacientes hospitalizados: 6.25 %
- Servicios para pacientes ambulatorios: 9.72 %

Capital Health Medical Center - Hopewell

- Servicios para pacientes hospitalizados: 5.95 %
- Servicios para pacientes ambulatorios: 7.91 %

A cualquier paciente elegible para recibir asistencia financiera siempre se le cobrará el monto menor entre los MGF y cualquier tarifa con descuento disponible en virtud de esta PAF.

VIII. MÉTODO PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA - ATENCIÓN DE CARIDAD Y PERSONAS CON SEGURO INSUFICIENTE

- A. Los pacientes que cumplan los criterios de elegibilidad para Atención de Caridad deben presentar una solicitud completada para participar en el Programa de Asistencia Hospitalaria de Nueva Jersey.

Esta solicitud incluye cierta documentación requerida por la sección de Atención de Caridad del Manual de servicios hospitalarios, sección 10:52 del N.J.A.C. Se requiere el siguiente documento para considerar la elegibilidad:

1. Documentos adecuados de identificación del paciente y su familia:
Esto puede incluir cualquiera de los siguientes documentos: licencia de conducir, tarjeta del Seguro Social, tarjeta de registro de extranjero, certificado de nacimiento, pasaporte, visa, identificación emitida por el estado, etc.
2. Evidencia de residencia en Nueva Jersey a la fecha del servicio; esto puede incluir cualquiera de los siguientes documentos: licencia de conducir, tarjeta de identificación del plan de asistencia social, factura de servicios públicos, declaración de impuestos federales, declaración de impuestos estatales o un estado de cuenta de beneficios por desempleo (nota: la atención de emergencia es una excepción para el requisito de residencia).
3. Comprobante de ingresos brutos:
Esto puede incluir talones de pago, formularios W-2, estados de cuenta de beneficios por desempleo, etc.
4. Evidencia de activos a la fecha del servicio:
Estos son activos que se pueden convertir fácilmente en efectivo. Entre ellos se incluyen estados de cuenta bancarios, estados de cuenta de inversiones, etc.

En ocasiones, se podrá solicitar documentación adicional dependiendo de las circunstancias de cada solicitante. Una persona puede presentar una solicitud de Atención de Caridad hasta dos años (730 días) después de la fecha del servicio.

- B. Los pacientes que cumplan los criterios de elegibilidad para el descuento por seguro insuficiente deben presentar una hoja de trabajo financiera confidencial de Capital Health completada para que se tome en consideración para la elegibilidad. No se requieren documentos adicionales con esta presentación.

Por lo general, los pacientes que necesitan asistencia financiera presentarán inicialmente una hoja de trabajo financiera confidencial. Con base en la información proporcionada, el Departamento de Crédito y Cobros de Capital Health informará al paciente si podría ser elegible o no para recibir asistencia financiera.

Una vez que se haya presentado una solicitud completada, un miembro del personal de Crédito y Cobros la revisará para determinar la elegibilidad financiera. Se notificará por escrito a los pacientes, o a la persona responsable financieramente, sobre todas las determinaciones. Capital Health se reserva el derecho de aplicar descuentos de manera equitativa en función de las circunstancias financieras de cada paciente.

Si Capital Health recibe una solicitud incompleta, se enviará una notificación por escrito al paciente o a la persona responsable financieramente, indicando la información o documentación adicional necesaria para determinar la elegibilidad para la PAF. Los pacientes, o la persona responsable financieramente, dispondrán de un plazo de 30 días o del número de días restante del período para la presentación de solicitudes (dos años o 730 días a partir de la fecha del servicio), lo que sea mayor, para presentar una solicitud completada que incluya cualquier información adicional solicitada por Capital Health. Además, a los pacientes se les proporcionará un PLS.

Consulte la parte V para conocer dónde puede obtener la solicitud de forma gratuita y previa solicitud.

IX. PRÁCTICAS DE FACTURACIÓN Y COBRO

- A. Todas las cuentas que, por contrato, queden con una responsabilidad financiera por parte de su aseguradora o que no cuenten con cobertura de responsabilidad civil se consideran pacientes que pagan por cuenta propia. A estos pacientes se les ofrecerá información sobre asistencia financiera en el momento del registro.
- B. Los pacientes que pagan por cuenta propia reciben una serie de cuatro correos con información y un aviso urgente durante un período de 135 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta por la atención. Este aviso urgente debe enviarse a los pacientes, dándoles un plazo mínimo de 30 días para saldar el saldo pendiente antes de que la deuda se remita a una agencia de cobros. Este aviso:
- indicará que hay asistencia financiera disponible para los pacientes elegibles;
 - incluirá un número de teléfono donde las personas puedan obtener información sobre la PAF y ayuda con el proceso de presentación de la solicitud;
 - incluirá la dirección del sitio web de la organización donde se pueden obtener copias de la PAF, la solicitud y el PLS;
 - indicará las medidas extraordinarias de cobro (“ECA”, por sus siglas en inglés) que el tercero tiene la intención de iniciar para obtener el pago por la atención;
 - establecerá un plazo después del cual se podrán iniciar dichas ECA (el cual no será antes de 30 días después de la fecha en que se haya proporcionado la notificación); y
 - incluirá una copia del PLS.

Capital Health hará esfuerzos razonables para notificar verbalmente a las personas sobre la PAF y cómo pueden obtener ayuda con el proceso de presentación de la solicitud.

- C. Además de los envíos por correo y los avisos urgentes, el Departamento de Cuentas de Pacientes hace llamadas telefónicas a las cuentas con un saldo superior a \$750.00 para tratar de liquidar el saldo pendiente. Cuando surjan circunstancias imprevistas, se harán esfuerzos razonables para hacer llamadas telefónicas, pero esto no se puede garantizar. Ejemplos: corte de electricidad, pandemia nacional.
- D. Si una deuda de pago por cuenta propia no se liquida en un plazo de 135 días, la cuenta se anula como deuda incobrable y se transfiere a una de las dos agencias principales externas de cobros, dependiendo del apellido del paciente (división alfabética).
- E. La agencia de cobros principal tiene 270 días para gestionar la cuenta. Al cabo de 270 días, si aún queda un saldo pendiente, la cuenta se recupera de forma automática y luego se reasigna a una agencia de cobros secundaria. Solo se utiliza una agencia de cobros secundaria.

- F. Una persona tiene dos años (730 días) a partir de la fecha del servicio para presentar una solicitud de asistencia financiera.
- G. Si se recibe una solicitud completada, Capital Health se asegurará de que se lleve a cabo lo indicado a continuación:
- Se suspenderán las ECA contra el paciente;
 - Se tomará una determinación sobre la elegibilidad y se documentará de manera oportuna;
 - Capital Health notificará al paciente por escrito la determinación y los motivos de la misma, cómo se determinó ese monto y el porcentaje de los MGF aplicable.
 - Se proporcionará un estado de cuenta actualizado que indicará el monto adeudado por el paciente elegible para la PAF (si corresponde); y
 - Todos los montos pagados que excedan el monto adeudado por el paciente elegible para la PAF serán reembolsados según corresponda (si proceden y son superiores a \$5).
- H. Si se recibe una solicitud incompleta, Capital Health proporcionará al paciente una notificación por escrito en la que se describirá la información o documentación adicional necesaria para tomar una determinación sobre la elegibilidad para el PAF. Los terceros suspenderán todas las ECA para obtener el pago por la atención hasta que Capital Health tome una determinación sobre la elegibilidad para el PAF.
- I. La agencia de cobros secundaria es la única agencia autorizada para emprender acciones legales sobre una cuenta clasificada como deuda incobrable. Aparte de las cuentas que son objeto de acciones legales por parte de la agencia de cobros secundaria, esta también dispone de 270 días para gestionar la cuenta.
- J. Al final del período de 270 días con la agencia de cobros secundaria, la cuenta es recuperada de forma automática por el sistema de contabilidad de pacientes y se le asigna un código de agencia “TB” (“Take back” o Recuperar)
- K. Se garantiza que una cuenta con el código de agencia TB ha estado en el ciclo de cobros por cuenta propia durante 135 días, con una agencia de cobros principal durante 270 días y con una agencia de cobros secundaria durante otros 270 días.
- L. Todas las cuentas se tratan de la misma manera, independientemente del pagador.

Cuando un paciente expresa su incapacidad o dificultad para cumplir con su obligación financiera con Capital Health en relación con su atención, Capital Health colabora con el paciente para determinar si existe asistencia financiera disponible para satisfacer dicha obligación. La asistencia financiera puede incluir:

- A. El establecimiento de un plan de pago razonable, que no exceda los días restantes del ciclo de facturación antes de remitir el caso a la agencia de cobros principal;
- B. Identificación de la asistencia financiera disponible a través de programas como Medicaid, Atención de Caridad u otras organizaciones benéficas de terceros;
- C. Un descuento parcial o una exoneración total de los cargos asociados con la atención del paciente, de conformidad con los términos y condiciones de esta política.

Capital Health exige a sus agencias de cobros acatar esta política. Para facilitar el cumplimiento de esta política, Capital Health incluye en todos los acuerdos con las agencias de cobros:

- A. El requisito de que la agencia de cobros se abstenga de realizar cualquier actividad que infrinja la Ley de Prácticas Justas en el Cobro de Deudas (sección 1692 y siguientes del título 15 del Código de los Estados Unidos [U.S.C., por sus siglas en inglés]).

- B. El reconocimiento por parte de la agencia de cobros del estatus de organización sin ánimo de lucro y la misión de Capital Health, así como el compromiso por parte de la agencia de abstenerse de llevar a cabo prácticas de cobro que sean contrarias a dicho estatus o que infrinjan esta política.

Capital Health solo emprende acciones legales con el fin de obtener el cumplimiento de las obligaciones financieras de los pacientes cuando existen motivos razonables para creer que el paciente o la parte responsable disponen de ingresos o activos suficientes para cumplir con dichas obligaciones sin dificultades indebidas. Capital Health no busca la venta o ejecución hipotecaria de la residencia principal de un paciente para satisfacer sus obligaciones financieras.

X. REFERENCIAS

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina del Inspector General, Guía de cumplimiento para hospitales, marzo de 1998.

Declaración de principios y directrices de la Asociación Americana de Hospitales y la Asociación de Hospitales de Nueva Jersey sobre las prácticas de facturación y cobros de los hospitales.

Proyecto de ley de la Asamblea de Nueva Jersey, A 2609

Firmas de aprobación

| Descripción del paso | Aprobador | Fecha |
|--|--|-----------|
| Aprobación del director financiero | Shane Fleming: director financiero | Pendiente |
| Aprobación de la directora de cumplimiento normativo | Laura McGuire: directora de cumplimiento normativo | Dic. 2025 |
| Responsable de la política | Layne Gambol: director de Cuentas de Pacientes | Dic. 2025 |

Normas

No hay normas asociadas a este documento.