

MERIDIAN HEALTH SYSTEM, INC.
MANUAL DE POLÍTICAS

**POLÍTICA SOBRE ASISTENCIA FINANCIERA, ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y
LIMITACIÓN DE CARGOS POR ALGUNOS HOSPITALES DEL SISTEMA**

Fecha de vigencia:	1.º de julio de 2012	Número de política:	MH-PACOMP-0080
Revisado el Fecha	30 de junio de 2016	Aprobado por:	Vicepresidente (VP) de Servicios Financieros del Paciente
Fecha de la próxima revisión:	30 de septiembre de 2016	Verificado:	MH-PACOMP-0081

I. OBJETIVO:

Asegurar que Meridian Health System, Inc. (“**Meridian Health**”) y algunas de las instalaciones de hospitales autorizados de propiedad de sus filiales (en conjunto, referidas aquí como el “**Sistema**” y cada filial referida aquí como “**Entidad del Sistema**”) cumplan con las leyes estatales y federales aplicables que regulan la prestación de atención médica de emergencia, la asistencia financiera y la limitación de cargos a pacientes que califiquen para recibir asistencia financiera. Esta política se aplicará a las siguientes instalaciones de hospitales autorizados dentro del sistema (otras instalaciones de hospitales del Sistema están sujetas a otras políticas):

- Bayshore Community Hospital (Holmdel)
- Jersey Shore University Medical Center (Neptune)
- K. Hovnanian Children’s Hospital (Neptune)
- Ocean Medical Center (Brick)
- Raritan Bay Medical Center (Old Bridge and Perth Amboy)
- Riverview Medical Center (Red Bank)
- Southern Ocean Medical Center (Manahawkin)

A los efectos de esta política, el término “paciente” significa la persona que recibe atención médica o su garante.

II. TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

Es la política del Sistema, sus instalaciones y todos los médicos con privilegios de admisión incluidas la sala de emergencias, traumatología, radiología, patología, anestesiología o cualquier proveedor que proporciona asistencia médica necesaria para cumplir con los estándares de la Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto de 1986 (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, “**EMTALA**”) y las normas correspondientes, la de proporcionar un examen médico de detección y el tratamiento adicional que sea necesario para estabilizar una condición médica de emergencia de cualquier persona que se dirija al

departamento de emergencia en busca de un tratamiento, independientemente de la condición médica o psiquiátrica de la persona, raza, religión, edad, género, color, nacionalidad, condición de inmigrante, preferencia sexual, discapacidad o capacidad de pago. Meridian Health prohíbe las acciones que disuadan a los individuos de buscar atención de emergencia, tales como (i) la solicitud de un pago antes de realizar un tratamiento en el departamento de emergencias, o (ii) las actividades de cobro de deudas que interfieran con la prestación de la atención de emergencia.

III. ASISTENCIA FINANCIERA

El Sistema, sus instalaciones y cualquier médico empleado o contratado para proporcionar atención clínica a pacientes (incluido el departamento de emergencia, traumatología, radiología, patología, anestesiología u hospitalistas e intensivistas) respetarán esta Política. Ver Muestra A para obtener una lista completa de la participación del hospital.

El Sistema prestará asistencia financiera a los pacientes de varias formas, que incluyen, en virtud de algunos programas federales y estatales, el Programa de Asistencia Financiera del Hospital de NJ (“Charity Care”) y la prestación de descuentos del Sistema para pacientes sin seguro.

Charity Care está disponible para aquellas personas que no califican para los programas estatales o federales. Los pacientes con ingresos de hasta 300 % del Nivel de pobreza federal (Federal Poverty Level, FPL) son elegibles para el programa Charity Care de Nueva Jersey de acuerdo a las normas establecidas en el Código Administrativo de Nueva Jersey (New Jersey Administrative Code, NJAC) 10:52, subcapítulos 11, 12, 13. Los reclamos para las personas elegibles para la cobertura conforme al programa Charity Care de NJ se adjudican mediante el Fondo de Ayuda de Subsidios para el Cuidado de la Salud de NJ. Las cuentas de Charity Care se informan en el estado de Nueva Jersey en cargos brutos para la valoración de subsidios.

Los límites de facturación sin seguro están de acuerdo con NJ P.L.2008 c.60. Los pacientes que no califican para los programas de seguro de salud estatales o federales, o el programa Charity Care de NJ son elegibles para los precios sin seguro en las tarifas de descuento.

Las Entidades del Sistema se asegurarán de que a ningún paciente que sea elegible para recibir Charity Care o descuentos para pacientes sin seguro se le cobre más que los Montos Generalmente Abonados (Amounts Generally Billed, AGB) que aquellos que poseen seguro que cubre dicho cuidado. En el caso de los pacientes elegibles para recibir Charity Care, los AGB serán determinados eventualmente, utilizando las tarifas de Medicaid que estén vigentes en ese momento. En el caso de los pacientes elegibles para descuentos para pacientes sin seguro, los AGB serán determinados eventualmente, utilizando las tarifas de pago por servicio de Medicare que estén vigentes en ese momento. Una declaración de facturación establecerá los cargos brutos como punto de partida para derechos, descuentos y deducciones.

Los pacientes que no poseen seguro serán evaluados por el Asesor de Asistencia Financiera de Meridian Health para determinar si califican para el seguro, previo a la determinación de Charity Care. El proceso de evaluación no ocurrirá hasta que el paciente haya sido evaluado y estabilizado por un médico. Además, una Entidad del Sistema podrá solicitar un informe de crédito a pacientes que indiquen que no poseen ingresos o para aquellos que son autónomos. A continuación, se detallan los diferentes programas para los que las personas serán evaluadas:

- **Mercado de Seguros Médicos:** En cumplimiento de la Ley del Cuidado de la Salud Asequible, los asesores de solicitudes certificados de Meridian Health evaluarán a los pacientes para determinar si son elegibles para obtener el seguro a través del mercado y/o recibir un subsidio del gobierno federal para ayudarlos con su compra.
- **Medicaid:** Los asesores de Asistencia Financiera de Meridian Health asistirán a los pacientes que cumplan con los criterios de elegibilidad con el proceso de solicitud. Existen varios tipos de Medicaid disponibles mediante el departamento de salud de NJ; ayudaremos a determinar el mejor programa adecuado para las circunstancias del paciente.
- **SSI-Medicaid:** Supplements Medicaid proporciona un ingreso mensual que puede ayudar con las necesidades básicas. La asistencia está disponible allí mismo para ayudar a pacientes hospitalarios y ciertos pacientes ambulatorios que cumplan con los criterios de elegibilidad con el proceso de solicitud.
- **NJ Family Care (NJFC):** Programa de seguro diseñado para proporcionar cobertura para adultos y niños de hasta 138 % del FPL. Los asesores de Asistencia Financiera de Meridian Health ayudarán a completar la solicitud en línea.
- **Presumptive Eligibility-Medicaid:** Cobertura temporal una vez por año para personas que cumplen con los criterios de elegibilidad básicos así se pueden cubrir sus costos de cuidados de salud mientras el estado de NJ determina el NJ Family Care. Los asesores de Asistencia Financiera de Meridian Health ayudarán a completar la solicitud.
- **Charity Care – Programa de Asistencia Financiera del Hospital de NJ:** Proporciona asistencia únicamente para cubrir los costos de los servicios del hospital. El paciente debe presentar una carta de rechazo de NJFC que indique que el paciente ha sido rechazado por NJFC debido a tener un ingreso que supera el límite o que no cumpla con la residencia/otros requisitos según las normas de NJFC. El rechazo debido al incumplimiento con NJFC no es suficiente para que se le conceda Charity Care. Se les solicita a los pacientes que documenten el ingreso, el tamaño de la familia y la información sobre bienes basados en las normas establecidas en el NJAC 10:52, subcapítulos 11, 12, 13. Se remite a los pacientes para que soliciten asistencia financiera al asesor de Asistencia Financiera en línea para su consideración.
- **Tarifas con descuento sin seguro:** ver a continuación.

IV. REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD PARA CHARITY CARE

El Programa de Asistencia Financiera del hospital de Nueva Jersey (asistencia para Charity Care) es gratuito o con un costo reducido, que se proporciona a pacientes que reciben servicios para pacientes hospitalarios y ambulatorios en hospitales con cuidados intensivos a través del estado de Nueva Jersey. Charity Care se encuentra disponible para la atención de emergencia y médicamente necesaria en el hospital. De acuerdo con el Código Administrativo de Nueva Jersey 10:49-5.1, el médico tratante u otro profesional determinan la necesidad médica de la enfermedad del paciente, de acuerdo con los estándares generalmente reconocidos por los

profesionales de la salud y promulgados a través del programa de Medicaid de Nueva Jersey. Las recetas para pacientes ambulatorios y otros tipos de atención de seguimiento están separados de los cargos del hospital y no son elegibles para reducción bajo el programa Charity Care. La necesidad financiera se determina de acuerdo con el NJAC 10:52, subcapítulos 11, 12, 13 Solicitudes para Charity Care, aprobación, facturación y proceso.

La asistencia para Charity Care está disponible para los residentes de Nueva Jersey que reúnan las siguientes características:

1. No poseen cobertura de salud o poseen cobertura que solo abona parte de la factura.
2. Son inelegibles para una cobertura provista por el gobierno (como Medicaid) o privada.
3. Cumplen con los criterios del ingreso y los bienes enumerados a continuación.

Charity Care también se encuentra disponible para residentes que no son de Nueva Jersey, únicamente relacionado con una fecha de servicio, sujeto a disposiciones específicas y sin validez por un período de tiempo.

A. Criterios de ingreso El ingreso familiar incluye los salarios, los sueldos, y el ingreso por negocios e inversiones que debe registrarse para fines impositivos. Los miembros del hogar incluyen al solicitante, su cónyuge, los niños menores de edad a quienes mantiene y los adultos por los que el solicitante es legalmente responsable. El siguiente enlace a Medicaid.gov proporciona información relacionada con el nivel de pobreza federal. <https://www.medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/by-topics/eligibility/eligibility.html>

<u>Ingreso como porcentaje de Pautas de ingreso que definen el nivel de pobreza de HHS</u>	<u>Porcentaje de tarifa de Medicaid Abonado por el paciente</u>
menor que o igual a 200 %	0 % de tarifa de Medicaid
mayor que 200 %, pero menor que o igual a 225 %	20 % de tarifa de Medicaid
mayor que 225 %, pero menor que o igual a 250 %	40 % de tarifa de Medicaid
mayor que 250 %, pero menor que o igual a 275 %	60 % de tarifa de Medicaid
mayor que 275 %, pero menor que o igual a 300 %	80 % de tarifa de Medicaid
mayor que 300 %	Tarifas con descuento sin seguro

Los pacientes en la escala de tarifa reducida del 20 % al 80 % no tienen obligación financiera por los saldos restantes (es decir, los montos que debe pagar el paciente) que excedan el 30 % del ingreso anual bruto. Los montos por encima del umbral del 30 % se anularán completamente.

B. Criterios de los bienes

Los bienes individuales no pueden exceder los \$7,500 y los bienes de familia no pueden exceder \$15,000. Los bienes son dinero en efectivo o artículos que pueden convertirse rápidamente en dinero en efectivo. Estos incluyen, entre otros, dinero en efectivo, ahorros, cuentas corrientes, certificados de depósito, letras del tesoro, instrumentos negociables, bonos y acciones corporativos, cuentas individuales de jubilación (Individual Retirement Accounts, IRA), fondos fiduciarios y participación en inmuebles que no sean, si corresponde, la principal residencia de la familia del solicitante. Si los bienes del solicitante exceden estos límites, este podrá “bajar” el monto de los bienes a los límites elegibles mediante el pago del exceso hacia la factura del hospital y otros gastos aprobados por cuenta propia.

C. Método utilizado para determinar Montos Generalmente Abonados (AGB) para atención de emergencia o atención médicamente necesaria

Para los reclamos de Charity Care de pacientes hospitalarios y ambulatorios del hospital del Sistema se fijan los precios en función del precio del programa Medicaid de Nueva Jersey y de las políticas del programa para los servicios a pacientes hospitalarios y ambulatorios del hospital en función del NJAC 10:52-1.6, Servicios Cubiertos (servicios para pacientes hospitalarios y ambulatorios) y NJAC 10:52-4, Base del pago. A los efectos de las leyes impositivas federales, los AGB para tales servicios se determinarán en forma prospectiva, utilizando las tarifas de Medicaid aplicables vigentes en ese momento. A los pacientes que no califiquen para una cancelación completa, se les cobrará un porcentaje de las tarifas de Medicaid aplicables; por consiguiente, a todos los pacientes que reciban Charity Care se les cobrará menos que los AGB.

Las declaraciones de facturación emitidas a los pacientes que califiquen para recibir Charity Care establecerán los cargos brutos como punto de partida para derechos, descuentos y deducciones.

V. MÉTODO DE SOLICITUD PARA RECIBIR CHARITY CARE DE NJ

El Sistema se adhiere a los requisitos de notificación del paciente de los programas de asistencia financiera que están disponibles para pacientes que son elegibles para programas de asistencia basados en las normas establecidas en el NJAC 10:52, subcapítulos 11, 12, 13.

Se podrá realizar una solicitud para Charity Care y una determinación de necesidad financiera en cualquier momento, a partir de que un paciente anticipa una visita médica hasta dos años después de la fecha de servicio. La elegibilidad se realiza desde la fecha de servicio y la duración de elegibilidad se basa en el tipo de beneficencia recibida (ver a continuación).

- Solo beneficencia de emergencia: para pacientes hospitalizados ingresados mediante la sala de emergencias, adecuados solo para esa hospitalización.
- 3 meses de beneficencia: para pacientes ambulatorios/en observación; pacientes que califican para NJFC. Este tipo de beneficencia cubre a los pacientes para servicios adicionales que necesiten del hospital durante los próximos 3 meses mientras esperan la aprobación de NJFC.
- Hasta un año, que no se extenderá luego de la fecha del próximo período de inscripción abierto para Healthcare Exchange: para pacientes que no califiquen para NJFC (es decir, que ya tengan seguro pero no un seguro secundario,

indocumentados, Medicare sin secundario, pacientes que calificarían para el mercado pero no pueden solicitar debido a que el mercado está cerrado).

Las solicitudes para recibir Charity Care y la información de contacto del departamento se encuentran disponibles en las instalaciones de las Entidades del Sistema, al acceder a <http://www.meridianhealth.com/about-meridian/your-bill/index.aspx>. Se proporcionó la información de contacto al personal del hospital. Las Entidades del Sistema cuentan con oficinas de asistencia financiera en Jersey Shore University Medical Center, Neptune, NJ, Ocean Medical Center, Brick, NJ, Riverview Medical Center, Red Bank, NJ, Southern Ocean Medical Center, Manahawkin, NJ, Bayshore Community Hospital, Holmdel, NJ, Meridian Family Health Center, Neptune, NJ, Jane H Booker Family Health Center, Neptune, NJ, Booker Behavioral Health Center, Shrewsbury, NJ, Parkway 100 Behavioral Health Center, Neptune, NJ, y Raritan Bay Medical Center, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ. Los asesores de Asistencia Financiera están disponibles allí mismo para realizar entrevistas y responder preguntas, o para brindar asistencia para completar los formularios de solicitud. Para acordar una cita, los solicitantes deben llamar al 732-212-6505. Los solicitantes deben proporcionarle a la Entidad del Sistema pertinente una solicitud completa para recibir Charity Care. Los documentos requeridos incluyen identificación, constancia de que él/ella residió en Nueva Jersey desde el tiempo de servicio e intenta permanecer en el estado, constancia del ingreso de un mes previo a la fecha de servicio, estado de cuenta bancario que incluye el saldo en la fecha de servicio, y una solicitud firmada que dé cuenta de la información proporcionada. Se pueden enviar las solicitudes completas por correo o correo electrónico, se pueden entregar personalmente o transcribirlas por teléfono (enviando luego la firma original) a cualquier instalación de una Entidad del Sistema.

Al momento de recibir toda la documentación requerida, se procesará la solicitud inmediatamente y se le informará al solicitante sobre el estado antes de 10 días de la recepción. Si la solicitud no incluye documentación suficiente para realizar la determinación, se le notificará al solicitante por escrito dentro de los 10 días hábiles lo que necesita para completar la solicitud. Por último, todos los solicitantes recibirán una determinación por escrito. Si se determina que el paciente es elegible para recibir atención con descuento, pero no gratis, recibirá una declaración de facturación que indique el monto que debe por la atención y cómo se determinó.

Un solicitante o la parte responsable pueden enviar una solicitud completa para obtener una determinación sobre Charity Care en cualquier momento hasta 24 meses desde la fecha de servicio de paciente ambulatorio o del alta del paciente hospitalizado.

Una Entidad del Sistema puede otorgar Charity Care en función de evidencia además de la descrita en el proceso de Asistencia Financiera/Charity Care, y se podrá otorgar en función de un certificado firmado, incluso si el proceso de asistencia financiera o solicitud de Charity Care no describe dicha evidencia. Se puede obtener información de una persona tanto por escrito como personalmente (o una combinación de ambos). Una Entidad del Sistema podrá otorgar asistencia basada en la información proporcionada por la persona previa a las solicitudes de Charity Care si dicha información es relevante para la solicitud actual. Una Entidad del Sistema podrá utilizar información de agencias de crédito u otros recursos externos.

A los pacientes que califican para recibir Charity Care a una tarifa con descuento, pero no gratis, no se les cobrarán los cargos totales de ningún saldo adeudado. Al saldo adeudado se le cargará 20 %, 40%, 60 % u 80 % de la tarifa de reintegro de Medicaid según la revisión financiera.

Los solicitantes de Charity Care rechazados serán notificados por escrito de los motivos del rechazo y serán informados de la disponibilidad del descuento sin seguro.

VI. PRECIOS SIN SEGURO EN TARIFAS DE DESCUENTO

Las Entidades del Sistema mantendrán precios de autopago sin seguro para pacientes que no poseen seguro y no califican para recibir Charity Care de NJ. Mientras que las tarifas médicas puedan calificar para el descuento de Charity Care, no son elegibles para el descuento de autopago sin seguro. Los servicios del hospital cubiertos por los precios de autopago sin seguro son para pacientes hospitalizados, cirugía ambulatoria, obstetricia, servicios recurrentes, procedimientos para pacientes ambulatorios, departamento de emergencias, prueba de diagnóstico en pacientes ambulatorios y servicios de laboratorio, y no incluyen servicios cosméticos u otros servicios que no son médicamente necesarios. Los precios de autopago serán mantenidos por un comité compuesto de representantes de Servicios Financieros del Paciente, Servicios de Acceso, Contabilidad del Paciente y Administración.

Los precios para pacientes sin seguro que no califiquen para recibir Charity Care se basarán en las tarifas de reembolso de pago por servicio de Medicare. Los AGB para las emergencias y los servicios médicamente necesarios prestados a pacientes sin seguro serán determinados en forma prospectiva utilizando las tarifas de pago por servicio aplicables de Medicare que estén en vigencia en ese momento (considerando el monto total que pagarían Medicare y el paciente, si este fuese un beneficiario de Medicare). Por consiguiente, a ningún paciente que reciba el descuento sin seguro se le cobrará más que los AGB.

Las declaraciones de facturación que se otorguen a pacientes que reciban el descuento sin seguro establecerán los cargos brutos como punto de partida para derechos, descuentos y deducciones.

La lista de cargos estándares es solo para pacientes que no poseen seguro. Cualquier paciente que no tenga seguro, al momento de programar una cita de no emergencia, preregistrarse o registrarse en el hospital, será:

- a. Informado sobre la tarifa de pago por servicio de Medicare para sus servicios anticipados y se le solicitará que abone por adelantado tanto con tarjeta de crédito como con efectivo o cheque.
- b. Informado, si no puede pagar por adelantado, para programar una cita con un Asesor Financiero de Meridian Health, para determinar si la persona cumple con los criterios para recibir Family Care o Charity Care de NJ. Se les podrá solicitar a estas personas que reprogramen sus citas hasta que se complete el proceso de solicitud/evaluación.

Cualquier paciente que pague por su cuenta y que abone el presupuesto por adelantado para una cirugía ambulatoria, paciente hospitalizado, obstetricia o servicio recurrente será informado de que el pago por adelantado se considera un cargo estimado. Las tarifas y los cargos reales pueden variar en función de las condiciones individuales y los resultados clínicos. El contador del paciente revisará la factura y se le cobrará al paciente por cargos adicionales en función de la tarifa de pago por servicio de Medicare.

VII. MEDIDAS PARA PUBLICAR AMPLIAMENTE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA EN LA COMUNIDAD

En un esfuerzo para asegurar que la comunidad a la que presta servicios el Sistema conozca los Programas de Asistencia Financiera/Charity Care, aparece una notificación llamativa sobre la disponibilidad de todos los programas en las declaraciones de facturación y en las cartas de cobro (incluido el número de teléfono para obtener información sobre el proceso de Solicitud de Asistencia Financiera [Financial Assistance Application, FAP] y el sitio de Internet donde están disponibles las copias de FAP, la solicitud y el resumen en lenguaje sencillo [Plain Language Summary, PLS]).

Las notificaciones relacionadas con la asistencia financiera se publican en salas de emergencias, en los centros de atención de urgencia, en los departamentos de admisión e inscripción, y en las oficinas de servicios financieros del paciente que están ubicadas en cada campus. Las copias impresas y el resumen en lenguaje sencillo de esta política (ver la muestra B), y la solicitud de asistencia financiera están disponibles en todos estos lugares. Los siguientes materiales (junto con la política de facturación y cobro) están disponibles en inglés y en todos los demás idiomas que cumplan con el umbral de un mínimo de 1,000 o 5 % de la comunidad, según lo soliciten en cada hospital dentro del Sistema. Las Entidades del Sistema proporcionan servicios de traducción e interpretación de idiomas, e información a pacientes con deficiencia visual, del habla, auditiva o cognitiva de una manera que cumpla con las necesidades del paciente. Los asesores financieros participarán en programas de divulgación en la comunidad, en un esfuerzo por asegurar que la disponibilidad de la asistencia financiera en virtud de esta política se dé a conocer en las poblaciones que, probablemente, más necesiten de tal asistencia financiera. Se encuentra disponible y publicado un resumen en lenguaje sencillo en los Centros de la Comunidad, iglesias, áreas públicas de reunión y eventos de la comunidad.

Esta política (incluido el resumen en lenguaje sencillo), la solicitud de asistencia financiera y la Política de facturación y cobro del Sistema están publicadas en el sitio de Internet de Meridian Health <http://www.meridianhealth.com/about-meridian/your-bill/index.aspx> y están disponibles de manera gratuita previa solicitud. La guía contiene información con respecto a todos los programas NJ Medicaid, SSI Medicaid, NJ Family Care, Presumptive Eligibility y Charity Care.

VIII. POLÍTICA DE COBRO Y FACTURACIÓN SEPARADA Y ESCRITA

Si no paga su factura, podría quedar sujeto a acciones de cobro, entre las que se incluyen acciones extraordinarias de cobro que impliquen procesos legales o judiciales (tales como juicios, gravámenes y embargos). Para obtener más información, consulte la Política del Sistema sobre Acciones Extraordinarias de Cobro, cuya copia está disponible en <http://www.meridianhealth.com/about-meridian/your-bill/index.aspx>.

IX. ÓRGANO GUBERNAMENTAL O AUTORIZADO A CARGO DE LA IMPLEMENTACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA POLÍTICA

El Consejo Directivo de Meridian Health determinó que el vicepresidente de Finanzas, Servicios Financieros del Paciente actúe como el órgano autorizado del hospital para implementar y ejecutar la política y los procedimientos.