

CORPORACIÓN DEL HOSPITAL DEL CONDADO DE SALEM.

CENTRO MÉDICO DBA SALEM

Departamento de Servicios Financieros para Pacientes

POLITICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Fecha de vigencia: 1 de enero de 2019 Revisado: 10 de agosto de 2022

ARTICULO I. OBJETIVO:

- 1.1 Esta Política de asistencia financiera (FAP) tiene por objeto garantizar que todos los pacientes reciban servicios esenciales de emergencia y otros servicios de atención médica médicamente necesarios. proporcionados por Salem.County Hospital Corp. ciba Salem Medical Center (el "Hospital"). independientemente de su capacidad de pago.
- 1.2 El Hospital se compromete a mantener esta FAP de acuerdo con su misión y valores y tiene en cuenta la capacidad de una persona para pagar los servicios de atención médica médicamente necesarios. Esta política constituye la Política oficial de asistencia financiera (dentro del significado de la Sección 1 ,501 (r) de las reglamentaciones del Servicio de ImpueStos Internos promulgadas en virtud de la misma y el Manual de Servicios Hospitalarios de Nueva Jersey, Capítulo 52, Subcap (tulo 11 (NJAC § 10:52-11.1 et seq.).

ARTICULO II. POLÍTICA:

- 2.1 Es política del Hospital garantizar Que tos pacientes reciban "Servicios cubiertos" esenciàtes (es decir. servicios de atención médica de emergencia y otros médicamente necesarios, según se define cada uno de esos términos a coñtihuaéión) independientemente.de la capacidad de pago del paciente. La asistencia financiera está dišponible a través de . una variedad de programàsi como se describe en la Sección IV a cdntinuación, paraaquellos pacientes de bajos ingresos; sin; seguro o con seguro insuficiente que dé otro modo-no tienen la capacidad de pagar la totalidad o parte de su factura del hospital.
- 2.2 La asistencia financiera y los descuentos están disponibles solo para los "Servicios cubiertos". Cierta otros servicios están excluidos de esta política, como se explica a continuación.
- 2.3 No todos los servicios prestados dentro del Hospital son proporcionados por empleados del Hospital y por tanto, es posible que no esté cubierto por esta FAP. Consulte el Apéndice A que indica tos proveedores que. están cubiertos por está FAP y los que no. La lista de proveedores se revisará trimestralmente y se actualizará, si es necesario.

ARTICULO III. DEFINICIONES:

- A. Montos generalmente facturados (AGB. por sus siglas en inglés) significa, de conformidad con la Sección 501 del Código de Impuestos Internos, en caso de emergencia u otra atención médicamente necesaria, a un paciente elegible para recibir asistencia financiera no se le cobrará más que a una persona que tiene cobertura de seguro. tal cuidado.
- B. Porcentaje de AGB significa un porcentaje de los cargos brutos que utiliza un centro hospitalario para determinar el AGB para cualquier emergencia u otra atención médicamente necesaria que brinda a un individuo que es elegible para asistencia bajo la FAP.
- C. Período de solicitud significa el periodo de tiempo en el que una persona puede solicitar asistencia financiera. Para satisfacer este criterio, la organización permite a las personas 365 días después de la fecha del alta 0 240 (Mas a partir de la fecha en que se le proporciona a la persona el primer estado de cuenta posterior al alta (lo que sea mayor) para solicitar asistencia financiera.
- D. Servicios cubiertos significa atención médica de emergencia u otros servicios médicamente necesarios proporcionados a los pacientes hospitalizados y ambulatorios del Hospital. Los pacientes que residen en el estado de Nueva Jersey que necesitan servicios de emergencia pueden recibir atención y calificar para un descuento si cumplen con ciertos niveles de ingresos como se describe a continuación. Los residentes que no sean de Nueva Jersey y que requieran atención médica inmediata por una condición médica de emergencia también pueden solicitar atención caritativa. Los servicios disponibles para los que no son residentes de Nueva Jersey incluirán solo aquellos que no estén razonablemente disponibles en un sitio alternativo fuera de Nueva Jersey en el momento en que se soliciten los servicios. Los procedimientos y servicios electivos que no se consideren médicamente necesarios (p. ej., cirugía cosmética) no son elegibles para recibir asistencia financiera.
- E. Condición médica de emergencia se define restrictivamente como una situación médica grave que requieren tratamiento inmediato, en el que la demora podrra causarun grave riesgo para la vida o la salud.

CORPORACIÓN DEL HOSPITAL DEL CONDADO DE SALEM.
CENTRO MÉDICO DBA SALEM
Departamento de Servicios Financieros para Pacientes
POLITICA DE ASISTENCIA FINANCIERA
Fecha de vigencia: 1 de enero de 2019 Revisado: 10 de agosto de 2022

- F. Atención médica de emergencia se refiere a la atención médica requerida para condiciones médicas de emergencia de conformidad con la Ley de trabajo y tratamiento médico de emergencia, sección 1867 de la Ley del Seguro Social (42 USC 1395dd) a personas, independientemente de su elegibilidad para recibir asistencia financiera en virtud de esta política. Más específicamente, la Atención Médica de Emergencia se refiere a los servicios que se deben brindar conforme al Subcapítulo, del Capítulo IV del Título 42 del Código de Regulaciones y Tratados Federales. registro 1.501 (r)4(c) (o cualquier reglamento posterior), en la medida en que dichos reglamentos sean aplicables al Hospital
- G. Acción Extraordinaria de Cobro (ECA) significa acciones tomadas por el Hospital contra una persona relacionada con la obtención del pago de una factura por atención cubierta por esta FAP.
- H. Individuo Elegible para FAP significa un individuo elegible para asistencia financiera bajo esta Política sin tener en cuenta si la persona ha solicitado asistencia financiera."
- I. Hospital significa Salem County Hospital Corp. dba Salem Medical Center.
- J. Medicamento Necesario significa aquellos servicios necesarios para prevenir, diagnosticar, corregir o curar condiciones en una persona que causan sufrimiento agudo; poner en peligro la vida; resultar en enfermedad o discapacidad; interferir con la capacidad para la actividad normal; o amenazar con alguna desventaja significativa.
- K. Período de notificación significa período de 120 días, que comienza en la fecha de la primera publicación estado de cuenta de alta, en el que no se pueden iniciar ECA contra el paciente.
- L. Departamento de Acceso de Pacientes se refiere a la unidad operativa del Hospital responsable de facturar y cobrar las cuentas de autopago por los servicios del hospital.
- M. Resumen en lenguaje sencillo (PLS) de la FAP significa una declaración escrita que notifica a una persona que el Hospital ofrece asistencia financiera bajo una FAP y proporciona la información necesaria en un lenguaje claro, conciso y fácil de entender. El PLS debe ofrecerse en el momento de la admisión o el alta y en cualquier factura que notifique a una persona responsable sobre una posible ECA.
- N. Individuo responsable significa el paciente y cualquier otro individuo que tenga responsabilidad por la cuenta del paciente. Puede haber más de una Persona Responsable.

ARTICULO IV. NORMAS GENERALES DE LA POLÍTICA:

- 4.1 El Hospital brindará Servicios cubiertos para pacientes hospitalizados y ambulatorios a todos los residentes de Nueva Jersey que necesiten dichos Servicios cubiertos, independientemente de la capacidad del paciente. 4.1 para pagar dichos servicios e independientemente de si dichos pacientes pueden calificar para asistencia financiera de conformidad con esta FAP y en qué medida.
- 4.2 El Hospital no participará en ninguna acción que desanime a las personas de buscar atención médica de emergencia, como exigir que los pacientes del departamento de emergencias paguen antes de recibir tratamiento o permitir actividades de cobro de deudas en la emergencia departamento u otras áreas donde tales actividades podran interferir con la provisión de atención de emergencia.
- 4.3 La FAP del Hospital, la solicitud de asistencia financiera y el Resumen en lenguaje sencillo ("PIS") están disponibles en línea en el siguiente sitio web: www.smc.health.
- 4.4 El PLS se ofrece a todas las personas responsables como parte del proceso de admisión.
- 4.5 La FAP del Hospital, la solicitud de asistencia financiera y el PLS están disponibles en inglés, español y en el idioma principal de las poblaciones con dominio limitado del inglés que constituyen lo que sea menor entre 1000 personas o el 5% de la comunidad atendida por el área de servicio principal del Hospital. Se hará todo lo posible para garantizar que la FAP, la solicitud de asistencia financiera y el PLS se comuniquen claramente a las personas responsables cuyos idiomas principales no estén incluidos entre las traducciones disponibles.
- 4.6 Las copias en papel de la FAP, la solicitud de asistencia financiera el PLS están disponibles previasolicitud por correo, sin cargo. y se proporcionan en varias áreas de las instalaciones del Hospital incluidos los departamentos de admisiones, los departamentos de emergencia y Departamento de Acceso de Pacientes que se enumeran a continuación. Las solicitudes de asistencia financiera pueden presentarse en persona, por correo, por fax o por correo electrónico.

Corporación del Hospital del Condado de Salem.
Atención: Departamento de Acceso de Pacientes 310 Salem Road
Road Salem. New Jersey 08079
(856) 878-6894 | (856) 935-4122

CORPORACIÓN DEL HOSPITAL DEL CONDADO DE SALEM.

CENTRO MÉDICO DBA SALEM

Departamento de Servicios Financieros para Pacientes

POLITICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Fecha de vigencia: 1 de enero de 2019 Revisado: 10 de agosto de 2022

- 4.7.1 Si las personas responsables necesitan ayuda para obtener copias impresas de la FAP, la solicitud de asistencia financiera o el PLS, o si necesitan otra ayuda, pueden comunicarse con el Departamento de Acceso de Pacientes al (856) 878-6894 o visitar el Departamento de Acceso de Pacientes en la dirección mencionada anteriormente.
- 4.8 Letreros o letreros que notifiquen e informen a las Personas Responsables sobre la La disponibilidad de asistencia financiera se publicará de manera visible en todo el Hospital, incluidas las áreas de admisiones, las áreas de consulta externa, el departamento de emergencias y el Departamento de Acceso de Pacientes. También se publicarán avisos en Español.
- 4.9 Hospital se compromete a ofrecer asistencia financiera a los pacientes elegibles que no tienen la capacidad de pagar la emergencia y otros servicios de atención médica médicamente necesarios en su totalidad o en parte. Para lograr este objetivo benéfico, el Hospital difundirá ampliamente esta FAP, ta solicitud de asistencia financiera y el PIS en las comunidades a las que sirve a través de colaboraciones con agencias locales de servicio social y sin fines de lucro.
- 4.10.1 Los pacientes o las personas responsables pueden solicitar asistencia financiera. Los pacientes o tas personas responsables pueden ser derivados a asesores financieros por parte de los empleados del Hospital, los médicos remitentes u otros. Los asesores financieros explicarán los requisitos para los programas de asistencia financiera disponibles y determinarán si un paciente es elegible para un programa de asistencia financiera disponible.

CORPORACIÓN DEL HOSPITAL DEL CONDADO DE SALEM.
CENTRO MÉDICO DBA SALEM
Departamento de Servicios Financieros para Pacientes
POLITICA DE ASISTENCIA FINANCIERA
Fecha de vigencia: 1 de enero de 2019 Revisado: 10 de agosto de 2022

- 4.10.2 Las personas responsables que soliciten asistencia financiera deberán completar la solicitud de asistencia financiera del Hospital (incluidas las páginas de certificación) y proporcionar la documentación de respaldo establecida en la solicitud para ser considerados para ta asistencia financiera. Se utilizarán materiales traducidos e intérpretes, según sea necesario, para permitir una comunicación significativa con las personas que tienen un dominio limitado del inglés.
- 4.10.3 Algunos servicios, incluidos, entre otros, los honorarios médicos, los honorarios de anestesiología, la interpretación de radiología y las recetas para pacientes ambulatorios, son independientes de los cargos del hópitaly es posible que no sean elegibles para recibir asistencia financiera a través del. Hospital. El Hospital tomará una determinación inicial de elegibilidad para cualquierprográma, de asistencia médica disponible y reférirá . al paciente o al Individuo Responsable al programa apropiado. Se espera que los pacientes cooperen con este proceso. Si el paciente se niega a ser evaluadó o no completa a tiempo la Solicitudde asistencia médica, el Hospital puede facturar a la persona responsable; de acuerdo con sus prácticas de facturación para otros pacientes, e implementar ECA.
- 4.11 Un paciente puede solicitar asistencia financiera en cualquier momento durante el Período .de soliciuid (definido anteriormente).
- 4.12 Presunción de elegibilidad para asistencia financiera: hay instancias en las que un paciente puede parecer elegible para recibir asistencia financiera, pero el proceso de solicitud formal y los requisitos de documentación no se completaron. Para estos casos, el Hospital puede usar fuentes externas de información de proveedores de software (p. ej., Transunion, Experian, etc.) para ayudar a estimar los ingresos del paciente para determinar Elegibilidad presunta para asistencia financiera. La elegibilidad presunta puede basarse en la elegibilidad previa de la FAP o también puede determinarse en función de las circunstancias de la vida individuales que pueden incluir:
- 4.12.1 Programas de prescripción financiados por el estado;
 - 4.12.2 Sin hogar o recibió atención de una clínica para personas sin hogar;
 - 4.12.3 Participación en programas para mujeres, bebés y niños (WIC);
 - 4.12.4 Elegibilidad para cupones de alimentos;
 - 4.12.1 Elegibilidad para el programa de almuerzo escolar subsidiado;
 - 4.12.2 Elegibilidad para otros programas de asistencia estatales o locales que no cuentan con fondos (por ejemplo reducción de gastos de Medicaid);

CORPORACIÓN DEL HOSPITAL DEL CONDADO DE SALEM.
CENTRO MÉDICO DBA SALEM
Departamento de Servicios Financieros para Pacientes
POLITICA DE ASISTENCIA FINANCIERA
Fecha de vigencia: 1 de enero de 2019 Revisado: 10 de agosto de 2022

- 4.12.3 La vivienda de bajos ingresos/subvencionada se proporciona como una dirección válida; y
- 4.12.4 El paciente ha fallecido sin patrimonio conocido
- 4.12.5 Si el paciente es presuntamente elegible para una asistencia inferior a la más generosa disponible, el Hospital notificará al paciente sobre la base de la determinación de elegibilidad presunta de la FAP y la forma de solicitar una asistencia más generosa disponible en virtud de la FAP. El Hospital también le dará al paciente un período de tiempo razonable para solicitar una asistencia más generosa antes de iniciar las ECA para obtener el monto descontado adeudado por los Servicios cubiertos.

ARTICULO V. PROGRAMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA:

Los pacientes del Hospital pueden calificar para atención gratuita o con descuento según los diversos programas que se describen a continuación. En cada caso, se considerará que el Hospital brindó asistencia financiera por un monto equivalente a los cargos brutos por los servicios prestados, menos los montos pagados por el paciente o la aseguradora del paciente (si corresponde) y cualquier reembolso o pago gubernamental por dichos servicios. El Hospital informará dichos montos netos (sujetos a la aplicación de una relación costo-cargo, en los casos en que la asistencia financiera se informe adecuadamente en función de los costos en lugar de los cargos) como asistencia financiera proporcionada por la organización. Los programas del estado de Nueva Jersey incluyen atención caritativa. Elegibilidad para atención con descuento, fondo de ayuda para enfermedad escatofrónicas en niños. oficina de compensación para víctimas de delitos de Nueva Jersey y descuentos de pago por cuenta propia, cada uno como se describe más específicamente a continuación:

- 5.1 Charity Care: Charity Care es un programa estatal disponible para los residentes de Nueva Jersey.
 - No tiene cobertura de seguro médico o tiene cobertura que paga solo una parte de la factura;
 - son elegibles para ninguna cobertura privada o patrocinada por el gobierno (como Seguro de enfermedad); y
 - Cumplir con los criterios de elegibilidad de ingresos y bienes establecidos por el Estado.

CORPORACIÓN DEL HOSPITAL DEL CONDADO DE SALEM.

CENTRO MÉDICO DBA SALEM

Departamento de Servicios Financieros para Pacientes

POLITICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Fecha de vigencia: 1 de enero de 2019 Revisado: 10 de agosto de 2022

- a) Poner en pantalla. Los pacientes serán evaluados para el programa Charity Care que cubre (i) el 100 % de los cargos para pacientes con ingresos brutos familiares inferiores o iguales al 200 % del nivel federal de pobreza; y (ji) una parte de los cargos para pacientes con ingresos brutos familiares superiores al 200 % pero inferiores o iguales al 300 % del nivel federal de pobreza, todo de conformidad con las pautas establecidas en el Apéndice B. Los pacientes también serán evaluados para programa de atención caritativa reducido que puede cubrir el 20 %/0, 40 %/0, 60 % u 80 % de los cargos.
- b) Criterios requeridos para ser elegible para Charity Care: Los límites de elegibilidad de Charity Care son un límite de activos individuales de \$7,500 y un límite de activos familiares de \$15,000. Para Para efectos de esta Sección, los miembros de la familia cuyos bienes deben ser considerados están definidos en NJAC 10:52-11.8(a) de la siguiente manera:
- i El tamaño de la familia de un solicitante adulto incluye al solicitante, su cónyuge. los hijos menores a quienes mantiene y los adultos de los que el solicitante es legalmente responsable.
 - ii El tamaño de 'a familia de un solicitante menor de edad incluye a ambos padres, el cónyuge de uno de los padres, hermanos menores y cualquier adulto en la familia de quien los padres del solicitante sean legalmente responsables.
 - iii Si un solicitante documenta que él o ella ha sido abandonado por un cónyuge o padre, ese cónyuge o padre no se incluirá como miembro de la familia. Una mujer embarazada cuenta como dos miembros de la familia.
- c) La documentación requerida incluye:
- i Documentos de identificación adecuados del paciente y la familia. Esto puede incluir cualquiera de los siguientes: licencia de conducir, tarjeta de seguro social, tarjeta de registro de extranjero, certificado de nacimiento, certificado de bautismo, talón de cheque de pago, pasaporte, visa, certificado de defunción, identificación de empleado o certificación de que la persona no tiene hogar y no posee ningún de los documentos de identificación anteriores. Otra documentación de identificación puede ser aceptable de acuerdo con NdAC 10:52-11.5 y 1 1.6.
 - ii Prueba de residencia en Nueva Jersey a la fecha del Servicio. Esto puede incluir cualquiera de tos siguientes: licencia de conducir, tarjeta de registro de votante, tarjeta de membresra sindical, tarjeta de identificación del seguro o plan de bienestar. tarjeta de identificación de estudiante, factura de' servicios públicos, declaración de impuestos federales sobre la renta, declaración estatal de impuestos sobre la renta o una declaración de beneficios de desempleo. (Nota: bajo ciertas circunstancias, la atención de emergencia es una excepción al requisito de residencia en Nueva Jersey). De conformidad eon NJAC 10:52-117,

CORPORACIÓN DEL HOSPITAL DEL CONDADO DE SALEM.

CENTRO MÉDICO DBA SALEM

Departamento de Servicios Financieros para Pacientes

POLITICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Fecha de vigencia: 1 de enero de 2019 Revisado: 10 de agosto de 2022

para estos fines, la Condición médica de emefgencia se limitará definida como una situación médica grave que requiere tratamiento inmediato, en el que la demora podría causar un riesgo grave para la vida o la salud. Los servicios disponibles para tos que no residen en Nueva Jersey incluirán soto aquellos que no estén razonablemente disponibles en un sitio alternativo fuera de Nueva Jersey en el momento en que se soliciten los servicios.

- iii. Comprobánte de ingresos brutos. Esto debe incluir el detalle requerido por el Hospital para determinar el ingreso bruto real del paciente durante los 12 meses anteriores a tos servicios, los 3 meses anteriores a los servicios o el mes inmediatamente anterior a los servicios. La prueba de ingresos puede incluir:
- Declaración de impuestos sobre la renta federal o estatal
 - talones de d'ieques de pago
 - Formularios W-2
 - una carta de un empleador en papel membretado de la empresa que indique la ingresos, o
 - una declaración del monto bruto de los beneficios de cualquier agenciá gubernamental que proporcione beneficios al solicitante (p. ej., una declaración anual de beneficios del Seguro Social).
- iv. Comprobante de bienes a la fecha del servicio. Estos son elementos que se pueden convertir fácilmente en efectivo, como acciones, bonos, cuentas IRA, certificados de depósito, cuentas corrientes y de ahorro, o acciones en una residencia no principal.
- v. Pacientes ingresados por urgencias. El Hospital notificará adecuadamente a los pacientes admitidos a través de la sala de emergencias sobre la disponibilidad de atención caritativa y evaluará/documentará la elegibilidad del paciente según los criterios descritos en NJAC 10.52.11:16

- (d) Determinación de elegibilidad. El Departamento de Acceso de Pacientes determinará si el solicitante es elegible a más tardar diez (10) días hábiles a partir del día en que se recibió la solitud inicial completa. Si la solicitud está incompleta (por ejemplo, no se proporciona una solicitud de prueba de ingresos/activos o es inadecuada), se emitirá una denegación por escrito dentro de los diez (10) días hábiles, que proporcionará detalles de la documentación adicional necesaria para obtener la aprobación. Un solicitante sin seguro tiene hasta 365 días a partir de la fecha de alta para volver a solicitar Charity Care con la documentación requerida. Los solicitantes que no sean elegibles pueden volver a presentar una solicitud en una fecha futura cuando se presenten para recibir servicios y sus circunstancias financieras hayan cambiado.
- (e) Cobertura/Premio. El Programa de atención benéfica de NJ cubre los cargos facturados por un hospital de cuidados agudos por los Servicios cubiertos que se pagan en virtud del programa Medicaid del estado. Si el paciente fuera elegible para Medicaid; Un paciente elegible para Charity Care recibirá atención gratuita o un descuento sobre los cargos brutos; de acuerdo con las pautas establecidas en el Apéndice.
- 5.2 Elegibilidad para atención con descuento según NJSA 26:2H-12.52: Los pacientes sin seguro que sean residentes de Nueva Jersey con ingresos brutos familiares inferiores al 500 % del nivel federal de pobreza serán elegibles para recibir atención con descuento de acuerdo con la Sección IV.B. de la FAP.- Los requisitos de documentación aplicables a los activos de Charity Care mencionados anteriormente se aplican a las determinaciones de elegibilidad en virtud de esta Sección, excepto que los umbrales de activos individuales y familiares no se aplicarán a la elegibilidad para la atención con descuento en virtud de esta Sección.
- 5.3 Programa del Fondo de Ayuda para Enfermedades Catastróficas en Niños: El Programa del Fondo de Ayuda para Enfermedades Catastróficas en Niños del Estado de Nueva Jersey brinda asistencia financiera a las familias de niños con una enfermedad catastrófica. Puede encontrar información sobre elegibilidad, gastos elegibles y solicitud de asistencia en <http://www.state.nj.us/humanservices/cicrffhome/>.
- 5.4 Oficina de Compensación para Víctimas del Crimen de New Jersey: El Estado de New Jersey ha establecido la Oficina de Compensación para Víctimas del Crimen de New Jersey para compensar a las víctimas del crimen por pérdidas y gastos, incluyendo ciertos gastos médicos, resultantes de ciertos actos criminales. Puede encontrar información sobre elegibilidad, gastos elegibles y solicitud de asistencia en <http://www.nj.gov/oag/njvictims/application.html>.

CORPORACIÓN DEL HOSPITAL DEL CONDADO DE SALEM.
CENTRO MÉDICO DBA SALEM
Departamento de Servicios Financieros para Pacientes
POLITICA DE ASISTENCIA FINANCIERA
Fecha de vigencia: 1 de enero de 2019 Revisado: 10 de agosto de 2022

- 5.5 Descuentos por pago propio: Los pacientes sin seguro que sean residentes de Nueva Jersey con ingresos brutos familiares por debajo del 500 % del nivel de pobreza federal tendrán un descuento por pago propio aplicado a su cuenta de acuerdo con esta Sección. Tras la presentación de una solicitud de financiación asistencia y una determinación de que un paciente es elegible para asistencia financiera bajo la FAP, no se le cobrará a un paciente más que la cantidad cobrada por el Hospital a los pacientes asegurados por esos mismos servicios. Pacientes sin seguro que son residentes de Nueva Jersey con ingresos brutos familiares por debajo del 50 % del nivel federal de pobreza que no califican para fondos federales o estatales los programas de asistencia financiera (con la excepción de Charity Care) se cobrarán de la siguiente manera:
- (a) Pacientes hospitalizados: A los pacientes que reciben servicios cubiertos como pacientes hospitalizados se les cobrará el AGB o la tarifa correspondiente de Medicare, lo que sea menor, más el 15% por el servicio recibido.
 - (b) Pacientes ambulatorios: a los pacientes que reciben servicios cubiertos como pacientes ambulatorios se les cobrará el AGB o la tarifa de Medicare correspondiente, lo que sea menor, más el 15% por el servicio recibido.
- 5.6 Montos Generalmente Facturados. Anualmente, el Hospital calculará el porcentaje de AGB utilizando el método Look-back. El porcentaje de AGB se calcula dividiendo el programa de tarifa por servicio de Medicare + las reclamaciones de las aseguradoras privadas de salud por los cargos brutos asociados con esas reclamaciones. El porcentaje de AGB resultante se multiplica por los cargos brutos de procedimientos específicos para determinar el monto de AGB. Consulte el Apéndice C para conocer el % AGB del hospital.

A una persona que se determine que es elegible para FAP no se le cobrará más que AGB por servicios de atención médica de emergencia y otros médicamente necesarios de conformidad con la Sección 501 (r)(5) del 1RO. AGB es la cantidad máxima cobrada a cualquier individuo elegible para FAP. De acuerdo con esta FAP, a una persona elegible para la FAP se le cobrará el AGB o cualquier otra tarifa con descuento para la que califique en virtud de esta FAP, que sea menor.

ARTICULO VI. POLITICA DEFACTURACIÓN Y COBRO.

- 6.1 Esta Sección establece las políticas así y los procedimientos de facturación y cobro del Hospital y explica las medidas que se pueden tomar si no se paga una factura por atención médica, incluida una factura por el saldo restante después de aplicar los descuentos de asistencia financiera. Las agencias de cobro y los abogados que actúen en nombre del Hospital recibirán una copia de esta FAP.
- 6.2 Cada estado de cuenta incluirá un aviso conspicuo sobre la disponibilidad de asistencia financiera, junto con un número de teléfono de la Oficina de Servicios Financieros para Pacientes del Hospital donde el paciente o la persona responsable puede recibir información sobre la FAP y asistencia con la solicitud de asistencia financiera. El estado de cuenta también incluirá la dirección del sitio web donde se pueden obtener copias de la FAP, la solicitud de asistencia financiera y el PLS.

Período de notificación: el hospital facturará a las personas responsables por cualquier saldo pendiente tan pronto como se confirme el saldo del paciente. Para los pacientes sin seguro, el primer estado de cuenta posterior al alta marcará el comienzo del período de notificación de 120 días en el que no se pueden iniciar acciones extraordinarias de cobro CECA") (definidas a continuación) contra la persona responsable. Para pacientes asegurados o con seguro insuficiente, el primer post-el estado de cuenta de descarga que refleje el procesamiento por parte de una aseguradora marcará el comienzo del período de notificación de 120 días en el que no se pueden iniciar ECA contra la persona responsable (el "período de notificación de 120 días").

CORPORACIÓN DEL HOSPITAL DEL CONDADO DE SALEM.
CENTRO MÉDICO DBA SALEM
Departamento de Servicios Financieros para Pacientes
POLITICA DE ASISTENCIA FINANCIERA
Fecha de vigencia: 1 de enero de 2019 Revisado: 10 de agosto de 2022

- 6.3 Cuando una persona responsable se atrasa en el pago, se enviará un aviso a la persona responsable ofreciéndole discutir el estado de cuenta para determinar si se necesita asistencia financiera o un plan de pago nuevo o revisado. El Hospital podrá acomodar a los Responsables que lo soliciten y establezcan planes de pago.
- 6.4 Se enviarán por correo postal al menos tres (3) estados de cuenta separados a la última dirección conocida de cada persona responsable. Deben transcurrir al menos 120 días entre la primera factura posterior al alta y el inicio de las ECA (como se explica a continuación).
- 6.5 Al menos uno de los estados de cuenta enviados durante este tiempo incluirá una notificación por escrito que informe a la Persona responsable sobre las ECA que se pueden tomar si la Persona responsable no solicita asistencia financiera bajo la FAP o paga el monto adeudado antes de la Fecha límite de facturación. Dicha declaración debe proporcionarse a la persona responsable al menos 30 días antes de la fecha límite especificada en la declaración, si se inician ECA.
- 6.6 Cuando no se haya recibido ningún pago al final del período de notificación de 120 días y una Persona responsable no haya solicitado asistencia financiera ni haya hecho arreglos con la Oficina de Servicios Financieros para Pacientes del Hospital para un plan de pago alternativo, la cuenta de la Persona responsable estará sujeta a ECA.
- 6.7 Acciones extraordinarias de cobro (ECA): ECA se refiere a cualquier acción contra un individuo relacionada con la obtención de un pago, como la venta de la deuda de un individuo a otra parte; reportar información adversa sobre la Persona Responsable a las agencias de informes crediticios del consumidor o a las Oficinas de crédito; diferir, denegar o exigir un pago antes de brindar atención médica necesaria debido a que una persona, no pagó una o más facturas por atención anterior cubierta por la FAP del Hospital; u otras acciones que requieran un proceso legal o judicial, incluyendo:
- (a) Colocar un gravamen sobre la propiedad de una persona (que no sea un gravamen que el Hospital tiene derecho a imponer según la ley estatal sobre el producto de un fallo, acuerdo o compromiso adeudado a una persona (o su representante) como resultado de lesiones personales que el Hospital brindó atención);
 - (b) Ejecución hipotecaria de bienes inmuebles de un individuo; propiedad;
 - (c) Iniciar una acción civil contra un individuo;
 - (e) Causar el arresto de un individuo;
 - (f) Hacer que un individuo sea sujeto de una orden de embargo corporal; y

CORPORACIÓN DEL HOSPITAL DEL CONDADO DE SALEM.
CENTRO MÉDICO DBA SALEM
Departamento de Servicios Financieros para Pacientes
POLITICA DE ASISTENCIA FINANCIERA
Fecha de vigencia: 1 de enero de 2019 Revisado: 10 de agosto de 2022

- (g) Embargar el salario de una persona.
- 6.8 Todas las agencias de cobro afiliadas al Hospital tienen una copia de la Política de Asistencia Financiera del Hospital y deben seguirla, y remitirán a cualquier Individuo Responsable que necesite asistencia al Hospital para la evaluación y reducción de una factura según el ingreso anual y el tamaño de la familia.
- 6.9 Las personas responsables recibirán un aviso por escrito 30 días antes de que cualquier cuenta sea enviada a una agencia de cobro o del inicio de cualquier otra ECA. También se debe hacer un esfuerzo razonable para notificar verbalmente a la persona responsable por teléfono al último número de teléfono conocido. Durante todas las conversaciones, se informará a la persona responsable sobre la asistencia financiera que puede estar disponible en virtud de la FAP.
- 6.10 El Hospital prohíbe los cobros contra cualquier paciente que sea elegible para Medicaid en el momento en que se presten los servicios.
- 6.11 El Hospital no enviará una cuenta a cobro si una Asistencia Financiera la solicitud está pendiente.
- 6.12 Después de que se permita el inicio de las ECA las agencias de cobro externas estarán autorizadas a presentar litigios, obtener gravámenes judiciales y ejecutar dichos gravámenes judiciales utilizando medios legales de cobro; siempre que, sin embargo, se requiera la aprobación previa por escrito del Departamento de Servicios Financieros para Pacientes antes de iniciar cualquier acción legal y se requiera la aprobación previa del Departamento de Servicios Financieros para Pacientes antes de que las agencias de cobro puedan usar cualquier medio de Cobro que implique la detención física o arresto de cualquier Individuo Responsable.
- 6.13 Las agencias de cobro tienen -prohibido forzar la venta o ejecución hipotecaria de un Residència principal de la persona responsable.
- 6.14 Si el Hospital remite o vende deudas de pacientes a otra parte durante el Período de aplicación, el acuerdo escrito con dicha parte debe obligar a dicha parte a:
- (a) Abstenerse de participar en ECA hasta la Fecha límite de facturación;
 - (b) Suspender cualquier ECA si la persona presenta una solicitud FAP durante el Período de aplicación;
 - (c) Si se determina que la Persona Responsable es elegible para la FAP, asegúrese de que la persona no pague y no esté obligada a pagar más de lo requerido, y revierta cualquier ECA tomada anteriormente;

CORPORACIÓN DEL HOSPITAL DEL CONDADO DE SALEM.
CENTRO MÉDICO DBA SALEM
Departamento de Servicios Financieros para Pacientes
POLITICA DE ASISTENCIA FINANCIERA
Fecha de vigencia: 1 de enero de 2019 Revisado: 10 de agosto de 2022

- (d) Obtener disposiciones similares en un acuerdo escrito si dicha parte refiere o vende la deuda a otra parte.
- 6.15 El PLS debe ofrecerse en cualquier factura que notifique a una Persona Responsable sobre
- 6.16 La disponibilidad de asistencia financiera y los números de teléfono de la oficina están impresos en la parte inferior de todas las facturas del Hospital, junto con la dirección del sitio web donde se pueden obtener copias de la FAP, el formulario de solicitud de la FAP y el PLS.
- 6.17 Si se recibe una solicitud de asistencia financiera incompleta, el Hospital le proporcionará a la persona responsable un aviso por escrito que describa la información o documentación adicional requerida para determinar la elegibilidad para la FAP. El Hospital informará a los Terceros que una solicitud incompleta de . se envió la asistencia y. los Terceros suspenderán cualquier ECA para obtener el pago de la atención por un período de 30 días.
- 6.17.1 Si se recibe una solicitud completa de asistencia financiera, el Hospital garantizar que se llevará a cabo lo siguiente:
- 6.18.1 Se suspenderán las ECA contra la Persona Responsable;
- 6.18.2 Se realizará y documentará una determinación de elegibilidad en un plazo manera;
- 6.18.3 El Hospital notificará a la Persona Responsable por escrito de la determinación y ta base para la determinación;
- 6.18.4 Se proporcionará un estado de cuenta actualizado que indicará el monto adeudado por la persona responsable elegible para FAP (si corresponde) y cómo se determinó ese monto;
- 6.18.5 Si corresponde, los montos pagados que excedan el monto adeudado- por la persona responsable elegible para la FAP se reembolsarán en consecuencia; y
- 6.18.6 Los terceros tomarán todas las medidas razonables disponibles para revertir cualquier ECA tomada contra las personas responsables para cobrar la deuda, como anular. un fallo o levantar un embargo o gravamen.

Referencias:

- Sección 501(r) del Código de Rentas Internas de 1986, según enmendado; Código de Regulaciones Federales

CORPORACIÓN DEL HOSPITAL DEL CONDADO DE SALEM.
CENTRO MÉDICO DBA SALEM
Departamento de Servicios Financieros para Pacientes
POLITICA DE ASISTENCIA FINANCIERA
Fecha de vigencia: 1 de enero de 2019 Revisado: 10 de agosto de 2022

- Servicio de Rentas Internas. 26 CFR S 1.501 (r)-I et seq.; NJSA S 26:21+12.521 12.53 (Limite máximo de tarifas por servicios de atención médica para ciertas personas sin seguro; NJSA 26:21-1-12.53 Tarifas de escala móvil basadas en los ingresos);
- NJAC § 10:52-11.1 et seq. (Manual de Servicios Hospitalarios atención de caridad)

APÉNDICE A LISTA DE PROVEEDORES

Todos los médicos empleados de Salem Medical Center que brindan servicios de atención médica de emergencia y otros médicamente necesarios en el hospital siguen la Política de asistencia financiera.

Actualmente no hay otros médicos u otros proveedores de atención médica que brinden servicios de atención médica de emergencia u otros médicamente necesarios en el hospital que sigan la Política de asistencia financiera.

APENDICE B: Criterio de Ingresos y Bienes

<u>Ingresos como un Percentage de las Pautas de Ingresos de Pobreza</u>	<u>Percentage de Cargos Pagados por el Paciente</u>
Menos que o igual a 200%	0%
Más que 200% pero menos que o igual a 225%	20%
Más que 225% pero menos que o igual a 250%	40%
Más que 250% pero menos que o igual a 275%	60%
Más que 275% pero menos que o igual a 300%	80%
Más que 300%	100%

Si los pacientes en la escala móvil de honorarios de 20% a 80% son responsables por gastos calificados pagados fuera del bolsillo en exceso del 30% de sus ingresos anuales (por ejemplo, cuentas no pagadas por otros), entonces la cantidad en exceso del 30% se considera asistencia para pagos por cuidado hospitalario.

Criterio de Bienes

Los bienes individuales no pueden exeder la cantidad de \$7,500 y los bienes familiares no pueden exeder la cantidad de \$15,000. Si los bienes del solicitante exceden estos límites, puede "depreciar" los bienes a los límites elegibles, a través de pagos del exceso de la cuenta del hospital y otros gastos fuera del bolsillo aprobados por gastos médicos.

APENDICE B: Criterio de Ingresos y Bienes

El porcentaje de AGB calculado por el hospital es del 13,22 % según el método Look-back según lo prescrito en IRC 501(r).