



Atlantic Health System

Política administrativa

Tema: Asistencia financiera para pacientes con ingresos bajos, sin cobertura o con cobertura limitada.

Fecha de entrada en vigencia: 1 de enero, 2021

Sustituye fecha de política: 01/01/2020

01/01/2019

01/01/2018

01/01/2017

01/01/2016

03/06/2015

Responsabilidad primaria: Director – Servicios financieros para pacientes

I. Propósito:

Garantizar que todos los pacientes reciban los servicios de emergencia esenciales y otros cuidados médicamente necesarios brindados por los centros médicos de Atlantic Health System, Inc. (“Atlantic Health System”) sin importar sus posibilidades para realizar el pago. Esta política aplicará en todos los hospitales de Atlantic Health System, incluidos Morristown Medical Center, Overlook Medical Center, Chilton Medical Center, Newton Medical Center, Hackettstown Medical Center y Instituto de Rehabilitación de Atlantic, y todas las instalaciones de Atlantic Health System que estén designadas para brindar asistencia médica según el 42 C.F.R. 413.65.

II. Política:

Es política de Atlantic Health System garantizar que los pacientes reciban los servicios de emergencia esenciales y otros cuidados de salud médicamente necesarios que brindan sus centros médicos, sin importar la posibilidad de pago del paciente. La asistencia financiera está disponible a través de diversos programas que se describen en el artículo IV a continuación para aquellos pacientes con ingresos bajos, sin cobertura o con cobertura limitada que de otra manera no podrían pagar toda o parte de su factura médica. Esta política aplicará a cualquier

centro médico de Atlantic Health System, como se describió anteriormente, y a cualquier espacio de AHS que esté designado como proveedor según las normas federales que regulan el estado de proveedor de atención médica en el 42 C.F.R. 413.65.

La ayuda financiera y los descuentos están disponibles solo para los servicios de emergencia u otros cuidados de salud médicamente necesarios. Algunos servicios, como los honorarios del médico, anesthesiólogo, interpretación del radiólogo y prescripciones ambulatorias, entre otros, no se consideran costos hospitalarios y pueden no ser aptos para recibir asistencia financiera a través de Atlantic Health System. Una lista de todos los proveedores, además del centro médico, que brinden servicios de emergencia u otra atención médicamente necesaria en las instalaciones, listados por centro, y especificando qué proveedores están cubiertos por la Política de Asistencia Financiera (Financial Assistance Policy, “FAP”) y cuáles no se pueden encontrar en el Apéndice A de esta FAP. Los 2 listados de proveedores se revisarán cada tres meses y, de ser necesario, se actualizarán.

III. General:

- A. Atlantic Health System brindará servicios de atención de la salud, de hospitalización y ambulatorios, a todos los residentes de Nueva Jersey que necesiten atención de emergencia u otro cuidado médicamente necesario, sin importar la capacidad de pago del paciente ni su idoneidad para recibir asistencia financiera según esta FAP.
- B. Atlantic Health System no tomará medidas que puedan desalentar a las personas a solicitar atención médica de emergencia, tal como exigir que los pacientes en el departamento de emergencias paguen antes de recibir tratamiento o permitir actividades de recaudación de deudas en ese departamento u otras áreas donde dichas actividades puedan interferir con la provisión de atención de emergencia no discriminatoria.
- C. La FAP de Atlantic Health System, la solicitud para asistencia financiera y el resumen en términos sencillos (Plain Language Summary, “PLS”) están disponibles en línea en el siguiente sitio web: <http://www.atlantichealth.org/financialassistance>
- D. La FAP de Atlantic Health System, la solicitud para recibir asistencia financiera y el PLS están disponible en inglés y en los principales idiomas de poblaciones con competencia limitada en inglés que constituyen 1000 personas o 5 % de la comunidad atendida (lo que sea menor) por cada área de asistencia primaria del centro médico. La traducción de la FAP, la solicitud de asistencia financiera y el PLS están disponibles en los idiomas mencionados en el Apéndice B de esta FAP. Se realizarán todas las acciones necesarias para garantizar que la FAP, la solicitud para asistencia financiera y el PLS sean comunicados claramente a los pacientes cuyos idiomas primarios no estén incluidos entre las traducciones disponibles.
- E. Las copias en papel de la FAP, la solicitud para asistencia financiera y el PLS están disponibles mediante pedido por correo, sin costo, y se ofrecen en diversas áreas, en

todos los centros médicos, incluidos los departamentos de admisión, de emergencia y las oficinas de asesoramiento financiero que se mencionan a continuación. Las solicitudes para recibir asistencia financiera pueden entregarse personalmente, o enviarse por correo postal o electrónico, o por fax.

Oficinas de asesoramiento financiero:

Morristown Medical Center: 100 Madison Avenue, Morristown, New Jersey 07960, Financial Counseling Office, Teléfono 973-971-8964

Overlook Medical Center: 99 Beauvoir Avenue, Summit, New Jersey 07901, Financial Counseling Office, Teléfono 908-522-4689

Chilton Medical Center: 97 West Parkway, Pompton Plains, New Jersey 07444, Financial Counseling Office, Teléfono 973-831-5113

Newton Medical Center: 175 High Street, Newton, New Jersey 07860, Financial Counseling Office, Teléfono 973-579-8407

Hackettstown Medical Center: 651 Willow Grove Street, Hackettstown, New Jersey 07840, Financial Counseling Office, Teléfono 908-850-6902

Atlantic Rehabilitation Institute: 100 Madison Avenue, Morristown, New Jersey 07960, Financial Counseling Office, Teléfono 973-971-8964.

- F. Si los pacientes necesitan ayuda para obtener copias impresas de la FAP, de la solicitud para recibir asistencia financiera o del PLS, o si necesitan otro tipo de ayuda, pueden llamar al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-619-4024, o visitar o ponerse en contacto con las Oficinas de Asesoramiento Financiero antes enumeradas.
- G. Se publicarán letreros y señales de manera visible en hospitales públicos, incluidas las áreas de admisión, los departamentos de emergencia y las Oficinas de Asesoramiento Financiero, donde se notificará e informará a los pacientes la disponibilidad de la asistencia financiera.
- H. Se ofrecerá el PLS a todos los pacientes como parte del proceso de admisión.
- I. Atlantic Health System se compromete a ofrecer asistencia financiera, de manera total o parcial, a los pacientes que cumplan con los requisitos y que no tengan la posibilidad de pagar los servicios de emergencia o la atención de salud médicamente necesaria. Con el fin de lograr este objetivo de beneficencia, Atlantic Health System publicitará extensamente esta FAP, la solicitud para recibir asistencia financiera y el PLS en las comunidades a las que brinda servicios a través de colaboraciones con el servicio social local y agencias sin fines de lucro.

- J. Los pacientes o sus representantes pueden solicitar asistencia financiera. El personal de Atlantic Health System, médicos u otros pueden derivar a los pacientes o sus representantes a asesores financieros. Los asesores financieros explicarán los requisitos necesarios para los programas de asistencia financiera disponibles y determinarán si un paciente es apto para participar de alguno de esos programas. Los pacientes que soliciten asistencia financiera deberán completar la solicitud de Atlantic Health System para tal fin (incluidas las páginas de certificación) y proporcionar la documentación adicional mencionada en la solicitud para que sea considerada para la asistencia financiera. Se dispondrá de materiales traducidos e intérpretes, según sea necesario, para facilitar una comunicación clara con las personas que tengan una competencia limitada en el idioma inglés.

- K. Un paciente que no cuente con cobertura tiene hasta 365 días después del primer estado de cuenta posterior al alta para enviar una solicitud completada para obtener asistencia financiera. Un paciente sin cobertura o con cobertura limitada tiene hasta 365 días desde el primer estado de cuenta posterior al alta que refleje el proceso por una aseguradora para enviar la solicitud completada para obtener asistencia financiera.

IV. **Programas de asistencia financiera:**

Los pacientes de Atlantic Health System pueden ser aptos para recibir atención gratuita o con descuento en conformidad con los diversos programas que se describen a continuación. En cada caso, se considerará que Atlantic Health System ha brindado asistencia financiera en una suma igual a los costos brutos por los servicios ofrecidos, importes netos pagados por el paciente o la aseguradora del paciente (si hubiese) y cualquier reembolso gubernamental o pago por dichos servicios. Atlantic Health System informará esos montos netos (sujetos a la aplicación de una relación costo-cargo en casos en que la ayuda financiera sea informada adecuadamente en función de los costos en lugar de los cargos) como ayuda financiera proporcionada por la organización.

A. Programas del Estado de Nueva Jersey:

1. Atención de beneficencia:

Este programa solo cubre costos hospitalarios de atención de casos graves para servicios médicamente necesarios que estarían cubiertos por el programa estatal de Medicaid si el paciente fuera apto para el programa. La Oficina de Asesoramiento Financiero determinará si el solicitante cumple con los requisitos dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud inicial completa. Si la solicitud está incompleta (por ejemplo, si no se cumplió con un pedido de prueba de ingresos o activos, o este no es adecuado), se emitirá una negativa por escrito, que proporcionará detalles de la documentación adicional necesaria para obtener la aprobación. Un solicitante que no cuente con cobertura tiene hasta 365 días desde la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta para volver a presentar la solicitud para recibir Atención de beneficencia con la documentación requerida. Un solicitante sin cobertura o con cobertura limitada tiene hasta 365 días desde la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta que refleje el proceso de una compañía de seguro para volver a presentar la solicitud para recibir Atención de beneficencia con la documentación requerida. Un paciente que cumpla con los requisitos para recibir Atención de beneficencia podrá recibir atención gratuita o con descuento de los cargos brutos según las pautas descritas en el **Apéndice C**.

Los solicitantes que no cumplan con los requisitos pueden volver a presentar la solicitud en el futuro cuando se presenten para recibir servicios y su situación económica haya cambiado.

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

- a. No cuenten con cobertura o tengan cobertura que solo pague parte de la factura médica,
- b. No son elegibles para ninguna cobertura privada o patrocinada por el gobierno (como Seguridad Social (jubilados y discapacitados), Seguridad Social Suplementaria (SSI) acompañada de Medicaid o Medicaid), y
- c. Cumplan con el criterio de idoneidad en función de ingresos y de activos establecido por el estado.

Los criterios adicionales requeridos para ser apto para la Atención de beneficencia:

- a. Los pacientes serán evaluados para el programa de Charity Care que cubre (i) el 100% de los cargos para pacientes con ingresos brutos familiares iguales o inferiores al 200% del nivel de pobreza federal; y (ii) una parte de

los cargos para los pacientes con ingresos brutos familiares superiores al 200% pero iguales o inferiores al 300% del nivel federal de pobreza de acuerdo con las pautas establecidas en el **Apéndice C**.

- b. Los límites de elegibilidad para la Atención de beneficencia son de \$7,500 para activos individuales y de 15.000\$. A los fines de este artículo, los integrantes de una familia cuyos activos deban ser considerados están definidos en el N.J.A.C. 10:52-11.8(a) de la siguiente manera. El número de integrantes de la familia de un solicitante adulto incluye al propio solicitante, el cónyuge, los menores dependientes y los adultos de que el solicitante sea legalmente responsable. El número de integrantes familiares para un solicitante menor incluye a ambos padres, el cónyuge de uno de los padres, hermanos menores de edad y cualquier adulto en la familia de quien el padre o padres del solicitante sea/n legalmente responsable/s. Si el solicitante demuestra que él o ella ha sido abandonado/a por un cónyuge o padre, ese cónyuge o padre no será incluido como integrante de la familia. Una mujer embarazada cuenta como dos integrantes de la familia.

La documentación requerida para el artículo de Atención de beneficencia del Manual de servicios del hospital, N.J.A.C. 10:52 y sigs., incluye:

- a. Documentos formales de identificación del paciente y la familia. Esto puede incluir cualquiera de los siguientes: licencia de conducir, tarjeta del seguro social, tarjeta de registro de extranjero, certificado de nacimiento, recibo del empleador, pasaporte, visa, etc.
- b. Prueba de residencia en Nueva Jersey a la fecha del servicio (tenga en cuenta que en algunas circunstancias, la atención de emergencia representa una excepción al requisito de residencia). Esto puede incluir cualquiera de los siguientes: licencia de conducir, tarjeta de registro de votante, tarjeta de membresía a sindicatos, tarjeta de seguro o identificación del plan de bienestar social, tarjeta de identificación de estudiante, factura de un servicio, declaración de impuesto federal sobre la renta, declaración de impuesto estatal sobre la renta o una declaración de beneficios de desempleo.
- c. Prueba de ingresos brutos. Esto debe incluir los detalles requeridos por el hospital para determinar el ingreso bruto del paciente (uno de los siguientes):
 - i. Ingreso bruto real de los 12 meses anteriores al servicio.
 - ii. Ingreso bruto real de los 3 meses anteriores al servicio.
 - iii. Ingreso bruto real del mes inmediatamente anterior al servicio

- d. Prueba de activos a la fecha del servicio. Estos son elementos que están listos para convertirse en efectivo como acciones, bonos, planes de pensiones (IRA), certificados de depósito, cuentas corriente y de ahorro o patrimonio en una residencia no primaria.

2. Requisitos para la atención con descuento según N.J.S.A. 26:2H-12.52:

Los pacientes que no cuenten con cobertura y sean residentes de Nueva Jersey con ingresos brutos familiares por debajo del 500 % del índice federal de pobreza serán aptos para recibir atención con descuento según el artículo IV.C. de la FAP. Los requisitos de documentación que aplican a la Atención de beneficencia y que están descritos en el artículo A.1. anterior aplican para determinaciones de aptitud bajo este artículo, excepto que los límites de patrimonios individuales y familiares no aplicarán para la elegibilidad de atención con descuento bajo este artículo.

3. Programa de fondo de ayuda para niños con enfermedades catastróficas:

El Programa de fondo de ayuda para niños con enfermedades catastróficas de Nueva Jersey brinda asistencia financiera a familias de niños con enfermedades catastróficas. Para obtener información sobre requisitos, cobertura de gastos y para solicitar asistencia, visite <http://www.state.nj.us/humanservices/cicrf/home/>.

4. Oficina de compensación a víctimas de crímenes de Nueva Jersey:

El estado de Nueva Jersey estableció la oficina de compensación a víctimas de crímenes para compensar a las víctimas por pérdidas y gastos, incluidos ciertos costos médicos, originados de determinados actos delictivos. Para obtener información sobre requisitos, cobertura de gastos y para solicitar asistencia, visite <http://www.nj.gov/oag/njvictims/application.html>.

B. Pago particular:

1. New Jersey Residents

Los pacientes no asegurados que no califican para el programa de Charity Care o cualquier otro tipo de programas de asistencia financiera financiados por el gobierno federal o estatal se les cobrará de la siguiente manera:

- i. Pacientes hospitalizados: Los pacientes que reciban tratamiento de hospitalización médicamente necesario deberán pagar la tarifa de DRG de Medicare más un 15 % por el servicio recibido.
- ii. Pacientes ambulatorios: A los pacientes que reciban servicios ambulatorios en el Morristown Medical Center y el Overlook Medical Center se les

cobrará una tarifa con descuento del 40% de los cargos del hospital. Los pacientes de Newton Medical Center reciben un descuento del 88%, los pacientes ambulatorios de Chilton Medical Center reciben un descuento del 82,4% y los pacientes ambulatorios de Hackettstown Medical Center reciben un descuento del 89%.

2. Pacientes fuera del estado y extranjeros

- a. Pacientes hospitalizados: Los pacientes que reciban tratamiento de hospitalización médicamente necesario deberán pagar el DRG de Medicare más un 25% por los servicios recibidos.
- b. Pacientes ambulatorios: A los pacientes que reciban servicios ambulatorios en el Morristown Medical Center y el Overlook Medical Center se les cobrará una tarifa con descuento del 40% de los cargos del hospital. Los pacientes de Newton Medical Center reciben un descuento del 88%, los pacientes ambulatorios de Chilton Medical Center reciben un descuento del 82,4% y los pacientes ambulatorios de Hackettstown Medical Center reciben un descuento del 89%.

C. Montos generalmente facturados

Los pacientes que no cuenten con cobertura y que sean residentes de Nueva Jersey con un ingreso bruto familiar por debajo del 500 % del índice federal de pobreza pero que no cumplan los requisitos para participar de los programas de asistencia financiera federal o estatal (con excepción de la Atención de beneficencia) endrá un descuento aplicado a su cuenta de acuerdo con la Sección IV. Tras la presentación de una solicitud de asistencia financiera y una determinación de que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera en virtud de esta Sección, se le cobrarán al menor los montos AGB o la tarifa de Medicare correspondiente más el 15%.

Atlantic Health System ha elegido utilizar el método Retroactivo para cada centro médico correspondiente. Los porcentajes de los montos generalmente facturados (por centro médico) son:

Morristown Medical Center: 25.5%
Overlook Medical Center: 26.4%
Chilton Medical Center: 19.4%
Newton Medical Center: 13.5%
Hackettstown Medical Center 17.8 %

De acuerdo con la Sección 501 (r) del Código de Rentas Internas, cada instalación hospitalaria utilizó el método Retroactivo para calcular su porcentaje de AGB

respectivo. Los porcentajes de AGB se calcularon en base a todas las reclamaciones permitidas durante un período de 12 meses dividido por los cargos brutos asociados con estas reclamaciones. Se seleccionó la siguiente combinación de pagadores para todas las instalaciones del hospital: Tarifa por servicio de Medicare + todas las aseguradoras de salud privadas.

Los porcentajes de AGB se actualizarán anualmente dentro de los ciento veinte (120) días del final del año calendario. Si los resultados del porcentaje calculado del AGB son **menores** que el monto que debe el paciente, este será responsable únicamente del valor calculado según el AGB.

Si los resultados del porcentaje calculado de AGB son **mayores** que el monto que debe el paciente, este será responsable del valor calculado conforme a los programas de asistencia financiera descritos anteriormente.

V. **Política de facturación y recaudación**

Este artículo describe las políticas de facturación y recaudación junto con los procedimientos de Atlantic Health System y explica las medidas que podrán tomarse si una factura por atención médica, incluida una factura del balance restante luego de la aplicación de descuentos de asistencia financiera, no se paga. Las agencias de recaudación y los abogados que representen a Atlantic Health System recibirán una copia de esta FAP.

Cada estado de cuenta incluirá una notificación visible sobre la disponibilidad de ayuda financiera junto con un número telefónico de la Oficina de Asesoramiento Financiero del centro médico específico donde el paciente puede recibir información sobre la FAP y orientación con la solicitud de asistencia financiera. El estado de cuenta también incluirá la dirección del sitio web en donde se pueden obtener copias de la FAP, de la solicitud para recibir asistencia financiera y el PLS.

- A. Período de notificación: Atlantic Health System facturará a los pacientes cualquier saldo pendiente una vez que se haya confirmado el balance. En el caso de los pacientes que no cuenten con cobertura, el primer estado de cuenta posterior al alta marcará el inicio del período de 120 días para la notificación, en el que no se iniciará ninguna acción de recaudación extraordinaria (Extraordinary Collection Actions, ECA) (que se explica a continuación) contra el paciente. En el caso de los pacientes que no tengan cobertura o que tengan cobertura limitada, el primer estado de cuenta posterior al alta que refleje el proceso por la aseguradora marcará el inicio del período de notificación de 120 días, en el que no se iniciará ninguna acción de recaudación extraordinaria contra el paciente (el "período de notificación de 120 días").
- B. Cuando un paciente esté atrasado con sus pagos, se le enviará un aviso para ofrecerle hablar sobre su estado de cuenta y determinar si necesita ayuda financiera o un plan de

pago nuevo o revisado. Atlantic Health System podrá admitir pacientes que así lo requieran y definir planes de pago.

- C. Cuando no se haya recibido el pago al final del período de notificación de 120 días y el paciente no haya solicitado ayuda financiera ni haya coordinado con la Oficina de Asesoramiento Financiero ni con la Oficina de Atención al Cliente de la instalación hospitalaria un plan de pago alternativo, la cuenta del paciente será entregada a una agencia de recaudación. Atlantic Health System le informará al paciente por escrito que su cuenta será entregada a una agencia de recaudación si no se recibe pago alguno dentro de los 10 días posteriores (la “Notificación final”). La Notificación final le informará al paciente que está disponible una asistencia financiera para pacientes que cumplan con los requisitos e incluirá el número telefónico de la Oficina de Asesoramiento Financiero del centro médico específico donde el paciente puede recibir información sobre la FAP y orientación sobre el proceso de solicitud de asistencia financiera. El estado de cuenta también incluirá la dirección del sitio web en donde se pueden obtener copias de la FAP, de la solicitud para recibir asistencia financiera y el PLS.
- D. Atlantic Health System puede autorizar a las agencias de recaudación y los abogados que representen a Atlantic Health System (un “Tercero”) a iniciar acciones de recaudación extraordinarias sobre cuentas de pacientes que no hayan pagado después del período de notificación de 120 días. Una vez que la cuenta haya sido derivada a un Tercero, este confirmará que se han tomado medidas razonables para determinar si el paciente es apto para recibir asistencia financiera según la FAP y que los siguientes pasos se han realizado antes de iniciar las ECA:
1. Se le entregó al paciente una notificación por escrito (“Carta de 30 días”) que: (a) indica que la asistencia financiera está disponible para pacientes que cumplen con los requisitos; (b) identifica las ECA que el Tercero pretende iniciar para obtener el pago por la atención médica; y (c) establece una fecha límite después de la cual se iniciarán las ECA establecidas (tal fecha no podrá ser anterior a los 30 días posteriores de que se haya entregado la notificación).
 2. La Carta de 30 días incluye una copia de un resumen en términos sencillos de la FAP; y
 3. Atlantic Health System y/o el Tercero han tomado las medidas necesarias para notificar verbalmente al paciente sobre la FAP y sobre cómo el paciente puede recibir orientación sobre el proceso de solicitud para obtener asistencia financiera.
- E. Una vez que se haya confirmado que se han tomado medidas razonables para determinar si el paciente es apto para recibir asistencia financiera según la FAP, los Terceros podrán iniciar las siguientes ECA contra el paciente con el fin de recibir el pago por la atención médica.

1. Las medidas que requieren de un proceso legal o judicial son, a modo enunciativo, las siguientes:
 - a. Colocación de un gravamen sobre la propiedad del paciente, excepto que se indique lo contrario en el I.R.C. Artículo 501(r);
 - b. Embargo o confiscación de la cuenta bancaria del paciente;
 - c. Iniciación de acciones civiles contra el paciente;
 - d. Embargo de los salarios del paciente.
 2. Las ECA no incluyen gravamen sobre procedimientos de juicios de daños personales, acuerdos o declaraciones de bancarrota.
- F. Si se recibe una solicitud incompleta para obtener asistencia financiera, Atlantic Health System notificará al paciente por escrito la información o documentación adicional necesaria para realizar una determinación de elegibilidad según la FAP. Atlantic Health System le informará a los Terceros sobre el envío de una solicitud incompleta para recibir asistencia financiera y estos suspenderán cualquier ECA para obtener el pago de la atención médica por un período de 30 días.
- G. Si se recibe una solicitud completa para obtener asistencia financiera, Atlantic Health System garantizará que los siguientes pasos se llevarán a cabo:
1. Se suspenderán las ECA;
 2. Se realizará una determinación de elegibilidad y se registrará de manera oportuna;
 3. Atlantic Health System notificará por escrito al paciente sobre la determinación y sus justificaciones;
 4. Se brindará un estado de cuenta actualizado que indicará el monto debido por el paciente apto para la FAP (si corresponde), cómo se determinó el valor y el porcentaje aplicable de AGB;
 5. Cualquier monto que se haya pagado en exceso de la deuda del paciente apto para la FAP, le será debidamente reembolsado (si corresponde); y
 6. los Terceros tomarán todas las medidas razonables y disponibles para revertir cualquier ECA que se haya iniciado en contra del paciente, como la de revocar una moción o levantar una recaudación o gravamen.
- H. Si alguno de los centros médicos realiza determinaciones presuntivas de elegibilidad, se requerirá de lo siguiente:
1. Si se determina la presunta elegibilidad de un paciente por menos de la ayuda más alta posible disponible por la FAP, Atlantic Health System llevará a cabo los siguientes pasos:

- a. Le notificará al paciente las justificaciones de la supuesta determinación de elegibilidad para la FAP y explicará cómo solicitar una asistencia financiera más alta.
- b. Le brindará al paciente un período de tiempo razonable para solicitar una ayuda mayor antes de autorizar el inicio de las ECA para obtener el monto de descuento calculado;
- c. Volverá a determinar el estado de elegibilidad según la FAP del paciente si se recibe una solicitud completa para la asistencia financiera.

Referencias:

Servicio de Rentas Internas, 26 CFR Partes 1, 53, y 602, Requisitos adicionales para Hospitales de Beneficencia; Evaluaciones de Necesidades de Salud Comunitaria para Hospitales de Beneficencia; Requerimiento de una declaración de impuestos al consumo del artículo 4959 y el tiempo para presentarla; Reglamento Final; N.J.S.A. 26:2H-12.52; N.J.A.C. 10:52

Brian Gragnolati, Presidente/CEO
Atlantic Health System, Inc. Página 10 de 13

Fecha

APÉNDICE A

LISTA DE PROVEEDORES

La Política de ayuda económica (“FAP”, Financial Assistance Policy) de Atlantic Health System, Inc. (“Atlantic Health System”) se aplicará a la atención de emergencia o medicamento necesaria proporcionadas en un hospital o centro de atención ambulatoria basado en proveedores de Atlantic Health System que cobrará AHS Hospital Corp, una subsidiaria de Atlantic Health System.

La FAP se aplicará también a la atención de emergencia o medicamento necesaria proporcionadas en un hospital de Atlantic Health System por médicos de Practice Associates Medical Group, P.A. que opera con el nombre de Atlantic Medical Group (“AMG”). La FAP no se aplicará a las tarifas profesionales facturadas por los médicos de AMG para la atención proporcionada fuera de un hospital de Atlantic Health System.

OTROS PROVEEDORES PUEDEN PARTICIPAR EN SU ATENCIÓN EN LOS HOSPITALES Y CENTROS DE ATENCIÓN AMBULATORIA DE ATLANTIC HEALTH SYSTEM. SI ESOS PROVEEDORES NO ESTÁN ESPECÍFICAMENTE ENUMERADOS ARRIBA, NO CUMPLEN CON LA POLÍTICA DE AYUDA ECONÓMICA DE ATLANTIC HEALTH SYSTEM. ESOS PROVEEDORES LE FACTURARÁN POR SEPARADO Y DEBERÁ HACER ARREGLOS DE PAGO EN CONSECUENCIA.

Esta Lista de proveedores se revisará y actualizará cada tres meses, si es necesario. Para obtener ayuda si tiene preguntas sobre la FAP o esta Lista de proveedores, llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-619-4024. Página 11 de 12

APÉNDICE B

Las traducciones de la FAP, de la solicitud para recibir asistencia financiera y el PLS están disponible en inglés y en los siguientes idiomas:

Árabe
Armenio
Chino
Francés criollo
Griego
Gujarati
Hindi
Italiano
Japonés
Coreano
Polaco
Portugués
Ruso
Serbocroata
Español
Tagalog

CRITERIOS DE INGRESOS
CRITERIOS DE IDONEIDAD PARA LA ATENCIÓN DE BENEFICENCIA Y LA
ATENCIÓN DE BENEFICENCIA REDUCIDA
Entrada en vigencia: 17 de marzo de 2020

Los pacientes deben cumplir con los criterios de ingresos y de activos

CRITERIOS DE INGRESOS

El porcentaje de los costos pagados por el paciente cuando el ingreso bruto anual esté dentro de los siguientes rangos

| | El paciente paga 0% de los cargos | El paciente paga 20% de los cargos | El paciente paga 40% de los cargos | El paciente paga 60% de los cargos | El paciente paga 80% de los cargos | El paciente paga 100% de los cargos |
|--|--|---|---|---|---|--|
| Número de integrantes de la familia | <=200 % | >200<=225 % | >225<=250% | >250<=275% | >275<=300% | >300 % |
| 1 | 25.520 \$ o menos | 25.521 \$ hasta 28,710 \$ | 28.711 \$ hasta 31.900 \$ | 31.901 \$ hasta 35.090 \$ | 35.091 \$ hasta 38.280 \$ | 38.281 \$ o más |
| 2 | 34.480 \$ o menos | 38.481 \$ hasta 38.790 \$ | 38.791 \$ hasta 43.100 \$ | 43.101 \$ hasta 47.410 \$ | 47.411 \$ hasta 51.720 \$ | 51.721 \$ o más |
| 3 | 43.440 \$ o menos | 43.441 \$ hasta 48.870 \$ | 48.871 \$ hasta 54.300 \$ | 54.301 \$ hasta 59.730 \$ | 59.731 \$ hasta 65.160 \$ | 65.161 \$ o más |
| 4 | 52.400 \$ o menos | 52.401 \$ hasta 58.950 \$ | 58.951 \$ hasta 65.500 \$ | 65.501 \$ hasta 72.050 \$ | 72.051 \$ hasta 78.600 \$ | 78.601 \$ o más |
| 5 | 61.360 \$ o menos | 61.361 \$ hasta 69.030 \$ | 69.031 \$ hasta 76.700 \$ | 76.701 \$ hasta 84.370 \$ | 84.371 \$ hasta 92.040 \$ | 92.041 \$ o más |
| 6 | 70.320 \$ o menos | 70.321 \$ hasta 79.110 \$ | 79.111 \$ hasta 87.900 \$ | 87.901 \$ hasta 96.690 \$ | 96.691 \$ hasta 105.480 \$ | 105.481 \$ o más |
| 7 | 79.280 \$ o menos | 79.281 \$ hasta 89.190 \$ | 89.191 \$ hasta 99.100 \$ | 99.101 \$ hasta 109.010 \$ | 109.011 \$ hasta 118.920 \$ | 118.921 \$ o más |
| 8 | 88.240 \$ o menos | 88.241 \$ hasta 99.270 \$ | 99.271 \$ hasta 110.300 \$ | 110.301 \$ hasta 121.330 \$ | 121.331 \$ hasta 132.360 \$ | 132.361 \$ o más |
| En el caso de las familias con más de 8 integrantes, agregue los siguientes montos al mayor valor en cada columna por cada integrante adicional. | | | | | | |
| | 8.960 \$ | 10.080 \$ | 11.200 \$ | 12.320 \$ | 13.440 \$ | |
| * Una mujer embarazada cuenta como 2 integrantes de la familia. | | | | | | |

Si los pacientes en la escala proporcional de tarifas entre el 20 % y el 80 % son responsables de los gastos médicos de bolsillo pagados por encima del 30 % del ingreso bruto anual (es decir, facturas sin pagar por terceros), entonces el monto superior al 30 % se considera como ayuda de pago del hospital (atención de beneficencia).

CRITERIOS DE ACTIVOS

Los activos individuales no podrán exceder los \$7,500 y los familiares, los \$15,000.

17 de marzo