

VIRTUA HEALTH

<u>TÍTULO DEL MANUAL</u> PBS—CONTABILIDAD DEL PACIENTE		<u>NOMBRE DE LA POLÍTICA</u> Política de asistencia financiera		
<u>PROPIETARIO DEL MANUAL</u>	<u>FECHA DE EMISIÓN</u>	<u>FECHA DE LA ÚLTIMA REVISIÓN</u>	<u>FECHA DE REVISIÓN</u>	<u>FECHA DE VIGENCIA</u>
Contabilidad del paciente		12/2015 11/2019	12/2015 11/2019	12/2015
<u>INTERVALO DE REVISIÓN</u> 12 meses		<u>REVISADO/APROBADO POR:</u> Funcionarios del Consejo Directivo de Virtua Health		

1. Política

El objetivo de la Política de Asistencia Financiera (“FAP”) de Virtua es asistir a las personas que no cuentan con los recursos económicos necesarios (incluido un seguro médico) para pagar por la atención médica que reciban o por la de cualquier otra persona por la que sean responsables. La FAP de Virtua concierne a la provisión de atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria. No concierne a procedimientos que no son médicamente necesarios o a procedimientos cosméticos electivos. Los pacientes que reciben atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria en Virtua también son generalmente atendidos por grupos de médicos privados u otros proveedores de atención médica independientes mientras reciben atención de Virtua. Consulte el Apéndice A para obtener una lista de proveedores dentro de nuestras instalaciones hospitalarias que proveen servicios de atención de emergencia o de atención sanitaria médicamente necesaria. El apéndice especifica los proveedores que están cubiertos en el marco de esta FAP y los que no lo están. El listado de proveedores se revisará y actualizará trimestralmente de ser necesario.

2. Programas de asistencia financiera, elegibilidad y métodos de solicitud/procedimientos

Sujeta a elegibilidad, la asistencia financiera puede estar disponible a través de los siguientes programas:

- a) Programas gubernamentales como Medicaid y Seguridad Social
- b) El Programa de Asistencia para el Pago de la Atención Hospitalaria de Nueva Jersey (“HCPAP”)

La fuente de financiamiento para la asistencia para el pago de la atención hospitalaria proviene del Fondo para el subsidio de la atención médica regulado por el Capítulo 263 de la Ley Pública 1997 del estado de Nueva Jersey. La aprobación del HCPAP resulta en atención gratis o a tasas reducidas para los pacientes que reciben servicios como pacientes hospitalizados o servicios ambulatorios en hospitales de atención aguda a lo largo del estado de Nueva Jersey. La asistencia hospitalaria y la atención a tasas reducidas solo están disponibles para atención de emergencia necesaria u otra atención médicamente necesaria.

Los pacientes pueden ser elegibles para el HCPAP si son residentes de Nueva Jersey que:

- i. No tienen cobertura de seguro médico o su cobertura solo paga parte de la factura del hospital (sin seguro o con seguro insuficiente).

- ii. No son elegibles para ninguna cobertura privada o patrocinada por el gobierno (por ejemplo Medicaid).
- iii. Reúnen los criterios de elegibilidad relacionados con sus ingresos y activos que se incluyen a continuación:
Criterios relacionados con los ingresos: Los pacientes con ingreso familiar bruto menor o igual al 200 % de las pautas de pobreza establecidas por el gobierno federal ("FPG") son elegibles para el 100 % de cobertura de atención benéfica. Los pacientes con ingreso familiar bruto mayor al 200 % pero menor o igual al 300 % de las FPG son elegibles para la atención con descuento. La atención gratuita o los cargos cubiertos parcialmente se determinarán mediante el programa de tarifas del Departamento de Salud de Nueva Jersey.
Criterios relacionados con los activos: El HCPAP cuenta con límites de elegibilidad relacionados con los activos que establecen que los activos de una persona no pueden exceder los \$ 7,500 y los activos de la familia no pueden exceder los \$ 15,000.

El HCPAP también está disponible para las personas que no residan en Nueva Jersey, que requieran atención médica inmediata para una afección médica de emergencia.

Los pacientes que deseen solicitar el HCPAP deberán presentar una solicitud completada de Participación en el Programa de Asistencia para el Pago de la Atención Hospitalaria de Nueva Jersey, que contenga información acerca de la familia/del hogar, comprobante de residencia en Nueva Jersey (por ej., licencia de conducir, tarjeta de identificación del condado) y documentación de los ingresos (p. ej., talones de cheque, Formulario W-2, declaración de seguridad social) y los activos (p. ej., estado de cuenta bancaria). Si el paciente no percibe ingresos ni tiene activos, puede presentar una certificación para así no tener que presentar esta documentación.

c) Descuento para personas sin seguro de Nueva Jersey (Ley Pública 2008, Capítulo 60)

Todos los pacientes sin seguro con un ingreso familiar bruto menor al 500 % de las FPG serán elegibles para la atención con descuento en el marco de este programa. En el marco de este programa el paciente elegible deberá pagar un monto no mayor al 115 % de la tasa de pago aplicable según el programa federal Medicare para los servicios de atención médica prestados.

d) NJ FamilyCare

NJ FamilyCare es un programa de seguro médico de Nueva Jersey financiado públicamente que incluye CHIP, Medicaid y poblaciones con cobertura ampliada de Medicaid. NJ FamilyCare es un programa de seguro médico financiado por el gobierno estatal y federal creado para ayudar a residentes elegibles de Nueva Jersey de cualquier edad a acceder a seguro de salud asequible. NJ FamilyCare es para personas que no poseen seguro a través del empleador.

La elegibilidad financiera para las personas que soliciten elegibilidad para NJ FamilyCare se basará en su Ingreso bruto ajustado modificado o MAGI (por sus siglas en inglés). Puede encontrar información adicional en: www.njfamilycare.org/default.aspx.

e) Programa de Nueva Jersey de Educación y Detección Precoz del Cáncer ("NJCEED")

El programa NJCEED ofrece difusión, educación y servicios integrales de exámenes para la detección del cáncer de mama, cervical, colorrectal y de próstata.

El paciente no debe tener seguro o tener un seguro insuficiente y debe poseer un ingreso familiar bruto igual o menor al 250 % de las FPG para ser elegible. Puede encontrar información adicional en: www.nj.gov/health/cancer/njceed.

f) Fondo de Ayuda para Niños con Enfermedades Catastróficas

El Fondo de Ayuda para Niños con Enfermedades Catastróficas proporciona asistencia financiera a familias de niños con una enfermedad catastrófica.

A fin de ser elegible, los gastos hospitalarios deben exceder el 10 % del ingreso familiar bruto, más el 15 % de cualquier ingreso que exceda los \$ 100,000, el niño debe tener 21 años o menos al momento de incurrirse los gastos médicos y la familia debe haber vivido en Nueva Jersey durante los 3 meses inmediatamente previos a la fecha de la solicitud. Los trabajadores inmigrantes pueden ser elegibles, los residentes temporales no. Puede encontrar información adicional en www.state.nj.us/humanservices/cicrf/home.

g) Oficina de Compensación de Víctimas de Delitos de Nueva Jersey

El estado de Nueva Jersey estableció la Oficina de Compensación de Víctimas de Delitos de Nueva Jersey para compensar a las víctimas de un delito por pérdidas y gastos, incluidos ciertos gastos médicos, como resultado de ciertos actos delictivos.

A fin de ser elegible para dicha Oficina, el delito debe haber ocurrido en Nueva Jersey o debe estar relacionado con un residente de Nueva Jersey que haya sido víctima fuera del estado, la víctima debe haber denunciado el delito a la policía en un plazo de 9 meses y la víctima debe cooperar con la investigación y el procesamiento del delito. La reclamación debe presentarse dentro de los 3 años de la fecha del delito y el paciente debe ser una víctima inocente del delito. Puede encontrar información adicional en www.nj.gov/oag/njvictims/index.html.

h) ABG

En virtud del Código de Rentas Internas (IRC, por sus siglas en inglés), Artículo 501(r)(5), en el caso de que ocurra una emergencia u otra situación que requiera atención médicamente necesaria, los pacientes elegibles no pagarán más de lo generalmente facturado a una persona que posee un seguro que cubra tal atención.

Los pacientes pueden ser elegibles para este descuento si no poseen seguro y el ingreso familiar bruto es menor al 500 % de las FPG. Además, los pacientes con seguro insuficiente pueden ser elegibles si su ingreso familiar bruto es mayor al 200 % pero menor o igual al 300 % de las FPG.

i) Programa de Asistencia Benéfica de Virtua ("CAP")

Los pacientes sin seguro no elegibles para Medicaid que no pueden calificar para un descuento del 100 % en el marco del HCPAP podrían ser elegibles para el CAP si son ciudadanos estadounidenses y su ingreso familiar bruto no excede el 500 % de las FPG. Aquellos que sean elegibles para la asistencia en el marco del CAP recibirán un descuento del 88 % sobre el monto facturado por procedimientos de emergencia o médicamente necesarios.

Para solicitar la asistencia financiera en el marco del CAP se debe presentar una Solicitud para el Programa de Asistencia Benéfica de Virtua. Los solicitantes del CAP deberán proveer información de la familia/del

hogar y comprobante documentado de ingresos (consulte los ejemplos de comprobantes de ingresos incluidos en el Artículo 2(b), HCPAP).

La Solicitud para Participación en el Programa de Asistencia para el Pago de la Atención Hospitalaria de Nueva Jersey y la Solicitud para el Programa de Asistencia Benéfica de Virtua (“solicitudes”) se pueden descargar del sitio web de Virtua en, www.virtua.org, en el marco del Programa de Asistencia Benéfica de Virtua.

Las copias impresas de las solicitudes se pueden obtener llamando a nuestra agencia de servicios al cliente al (833)335-4010.

Los pacientes cuentan con 365 días a partir de la fecha de la primera factura posterior al alta para enviar las solicitudes llenas, con la documentación requerida.

Envíe las solicitudes llenas (con toda la documentación requerida) a:

Virtua Patient Accounting
2000 Crawford Place, Suite 100
Mount Laurel, NJ 08054

Si se recibe una solicitud incompleta, Virtua proporcionará al paciente una notificación por escrito que describa la información/documentación adicional necesaria para tomar una determinación respecto de la elegibilidad para FAP y dará al paciente una cantidad de tiempo razonable (30 días) para proporcionar la documentación necesaria. Virtua también proveerá al paciente una copia del Resumen en Lenguaje Sencillo (“PLS”) de esta FAP. El PLS es una declaración por escrito que notifica a la persona que Virtua ofrece asistencia financiera en el marco de la FAP y proporciona información adicional en lenguaje claro, conciso y fácil de entender. Además, Virtua y cualquier tercero que actúe en nombre de Virtua, suspenderá cualquier acción de cobro extraordinaria (“ECA”) para obtener el pago durante un período razonable.

3. Bases para el cálculo de los importes cobrados

Virtua establecerá anualmente los porcentajes de Cantidades generalmente facturadas (“AGB”) para sus instalaciones hospitalarias con el método de actualización. Los porcentajes de AGB se calculan mediante la división del programa de tarifas de servicios de Medicare y las reclamaciones de las aseguradoras de salud privadas por los montos brutos asociados con dichas reclamaciones. Los porcentajes de AGB resultantes se multiplican por los montos brutos para procedimientos específicos a fin de determinar el monto de las AGB.

Los porcentajes de AGB calculados así como una descripción adjunta de los cálculos se encuentran disponibles a pedido de forma gratuita llamando a nuestra agencia de servicios al cliente al (833)335-4010.

Una persona determinada como elegible para la FAP no pagará más que las AGB para servicios de emergencia u otros servicios de salud médicamente necesarios según el IRC, Artículo 501(r)(5). Las AGB es el monto máximo que se cobra a cualquier persona elegible para la FAP. De acuerdo con esta FAP, a una persona elegible para la FAP se le cobrará el monto menor de la AGB o de cualquier otra tasa con descuento para la que sea elegible en el marco de esta FAP.

4. Amplia difusión de la FAP

En la medida de lo posible, el Departamento de Contabilidad del Paciente de Virtua tratará de ofrecer asistencia financiera justa y equitativa, y hará todo lo posible por determinar si la persona es elegible para recibir asistencia financiera. Como Virtua tiene que equilibrar las necesidades de sus pacientes para asistencia financiera con sus propias y más complejas obligaciones financieras, la asistencia no se debe considerar como un sustituto de las

responsabilidades individuales de cada persona. Las personas que se determine que cuentan con los medios para pagar por su atención médica habrán de hacerlo, y Virtua se reserva el derecho a tomar las medidas que sean permisibles por ley para proteger sus bienes de ser necesario.

Para el beneficio de nuestros pacientes, nuestra FAP, las solicitudes y el PLS están disponibles en el sitio web de Virtua: www.virtua.org

Las copias impresas de la FAP, las solicitudes y el PLS están disponibles de manera gratuita y a pedido en los siguientes lugares públicos de nuestras instalaciones hospitalarias:

- Salas de emergencias;
- Registro de pacientes ambulatorios; y - Registro de hospitalizaciones.

Además, las copias impresas de la FAP, las solicitudes y el PLS se pueden solicitar llamando a la agencia de servicios al cliente de Virtua al (833)335-4010.

Virtua ha colocado carteles visibles en las instalaciones públicas de los hospitales para notificar e informar a nuestros pacientes y miembros de la comunidad acerca de la asistencia financiera disponible.

Virtua también hará todos los esfuerzos razonables para informar a los miembros de la comunidad sobre la disponibilidad de asistencia financiera.

Virtua ofrecerá una copia del PLS a todos los pacientes como parte del proceso de admisión o de alta.

Como parte del esfuerzo por servir a todas las poblaciones importantes dentro del área de servicios primarios de Virtua, la FAP, las solicitudes y el PLS están disponibles en inglés y en el idioma principal de cualquier población con escasos conocimientos del inglés ("LEP") que constituya menos de 1,000 individuos o el 5 % de la comunidad atendida por Virtua.

5. Política de facturación y de cobro

Virtua cumplirá con todas las regulaciones y los acuerdos en el marco de las previsiones contractuales con respecto a sus prácticas de facturación y cobro. El Departamento de Contabilidad del Paciente será el responsable de la facturación y el seguimiento para asegurar la recepción del pago con respecto a todas las cuentas. Si luego de recibido el pago por parte del ordenante con responsabilidad primaria por el monto pendiente existiese un saldo residual pendiente (por ejemplo, un deducible o un monto de coseguro), el saldo residual de la cuenta se facturará a la parte con responsabilidad secundaria por el saldo de la cuenta. Con respecto a los pacientes sin seguro o sin cobertura de seguro secundario por un saldo residual, Virtua no iniciará acciones de cobro extraordinarias ("ECA") en contra de una persona para obtener el pago por la atención hasta que se hayan llevado a cabo esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para la asistencia en el marco de la FAP de Virtua.

Las cuentas de los pacientes que no tienen cobertura de seguro médico de terceros se registrarán por el ciclo establecido para el cobro de las cuentas de pago por cuenta propia, y se habrá de notificar a la parte responsable de la disponibilidad de los descuentos ofrecidos en el marco de la FAP.

Una vez que se reciba la solicitud de FAP llena, Virtua hará lo siguiente:

- a) Suspenderá cualquier ECA contra la persona (cualquier tercero que actúe en nombre de Virtua también suspenderá la ECA en proceso);

- b) Tomará y documentará una determinación de elegibilidad para la FAP de forma oportuna; y
- c) Notificará a la parte responsable o a la persona por escrito acerca de la determinación y el fundamento para tal determinación.

Si el paciente es considerado elegible para la FAP, Virtua hará lo siguiente:

- i. Proporcionará un estado de cuenta que indique el monto que debe la persona elegible para la FAP, cómo se determinó ese monto y cómo se puede obtener la información relacionada con las AGB;
- ii. Reembolsará cualquier excedente de pago hecho por la persona; y
- iii. Los terceros tomarán todas las medidas razonables disponibles para revertir cualquier ECA iniciada contra el paciente para cobrar la deuda.

Las cuentas no pagas que no se hayan sometido a algún proceso de acuerdo de pago o de aprobación para asistencia financiera al finalizar el ciclo de cobro de las cuentas de pago por cuenta propia establecido (120 días a partir de la fecha de la primera factura posterior al alta) serán remitidas a una agencia independiente (“agencia”) para el cobro. No obstante, antes de remitir la cuenta, se podría obtener un estimado de los ingresos anuales de la parte responsable a través de una agencia crediticia independiente. Si basado en el estimado de los ingresos se determina que la persona sería elegible para la FAP, se aplicará la reducción de los cargos antes mencionada y se remitirá el saldo restante neto a una agencia de cobro de deudas para su pago. Además, Virtua notificará a la persona con respecto a las bases para la supuesta determinación de elegibilidad para la FAP.

Dicha agencia mantendrá la cuenta durante un período de 180 días. Después de este periodo de tiempo, ante la ausencia de un acuerdo para liquidar el saldo pendiente, Virtua, o cualquier tercero que actúe en su nombre, podría emprender las siguientes ECA:

- a) Dar información adversa sobre la persona a las agencias de informes crediticios al consumidor o a las agencias de crédito;
- b) Presentar un embargo sobre la propiedad de la persona;
- c) Embargar la cuenta bancaria de la persona u otra propiedad personal;
- d) Iniciar un procedimiento civil en contra de la persona; y
- e) Embargar los salarios de la persona.

Virtua podría autorizar a agencias de cobro y a abogados que trabajan en nombre de Virtua para que inicien las ECA sobre las cuentas morosas de pacientes después del periodo de notificación de 120 días. Virtua asegurará que se hayan realizado los esfuerzos suficientes para determinar si la persona es elegible para asistencia financiera en el marco de la FAP y que se haya realizado lo siguiente antes de iniciar una ECA:

1. Proporcionar al paciente una notificación por escrito (incluida en todos los estados de cuenta) que:
 - Indique que existe asistencia financiera disponible para pacientes elegibles;
 - Identifique las ECA que Virtua se propone iniciar para obtener el pago de la atención; y -
Establezca un plazo después del cual las ECA podrán iniciarse.

2. El paciente haya recibido una copia del PLS con el tercer estado de cuenta; y
3. Mostrar que se realizaron esfuerzos razonables para notificar oralmente a la persona acerca de la FAP y cómo la persona puede obtener ayuda con el proceso de solicitud de asistencia financiera.

Seguro de terceros

1. Virtua facturará a Medicare y Medicaid;
2. Virtua facturará a todas las aseguradoras independientes en nombre del paciente. Se otorgan 45 días a las aseguradoras para presentar el pago antes de que Virtua comience a comunicarse con los pacientes acerca del saldo no pago por el seguro;
3. Virtua facturará a terceros responsables por la cobertura de reclamaciones de seguro automotor e indemnización laboral; y
4. Los pacientes serán en última instancia los responsables de sus facturas si no se recibe ningún pago a menos que esté prohibido por contrato o por las regulaciones.

Saldos de personas sin seguro, incobrables y de pago por cuenta propia

1. Los servicios de emergencias, urgencias, parto y nacimiento cubiertos en el marco de la ley EMTALA (Ley para el Tratamiento de las Urgencias Médicas y los Partos Activos) no están sujetos al pago previo. Virtua no habrá de discriminar a nadie ni participará en ninguna acción que desaliente a las personas a buscar atención médica de emergencia, tal como exigir a los pacientes del departamento de emergencias que paguen antes de recibir tratamiento para afecciones médicas de emergencia o permitir actividades de cobro de deuda en el departamento de emergencias u otras áreas donde tales actividades podrían interferir en la provisión de la atención de emergencia.
2. El pago de los montos conocidos de deducibles, copagos y coseguros son pagaderos al momento del servicio.
3. El pago de servicios no cubiertos, no asegurados y de “estilo de vida” son pagaderos al momento del servicio (los procedimientos de estilo de vida se definen como los procedimientos que no son médicamente necesarios como cirugía cosmética no restaurativa).
4. Los saldos de los pacientes que no puedan pagarse antes del servicio y los saldos pagaderos después del pago o de la denegación del seguro se deben liquidar mediante alguno de los siguientes métodos:
 - a. Pago completo proveniente de fondos personales, tarjeta de crédito;
 - b. Pagos en término de tiempo limitado (consulte la política de acuerdos de pago); o
 - c. Asistencia financiera aprobada. (Consulte la FAP de Virtua).
5. Una vez que el saldo de la cuenta se convierte en la responsabilidad del paciente se envía un estado de cuenta al paciente en 3 a 5 días hábiles. Esta fecha marca el comienzo del periodo de notificación. El “periodo de notificación” es un periodo de 120 días en el que no puede iniciarse una ECA en contra del paciente.

6. En este momento el proveedor de pagos por cuenta propia de Virtua ingresará una fecha de activación en la cuenta para comenzar el ciclo de facturación.
 - a. El paciente recibirá 3 cartas. Estas cartas contienen información acerca de las opciones de pago antes mencionadas y de la FAP de Virtua. Se harán llamadas/intentos de llamada al paciente antes de enviar la cuenta a cobro. Estos pasos permitirán que se procesen todas las cuentas de la misma manera.
 - b. La transferencia a una agencia de cobro no ocurrirá por al menos 120 días a partir de la facturación inicial posterior al alta del paciente.
 - c. Las cuentas con direcciones incorrectas y aquellas relacionadas con pacientes fallecidos podrán transferirse a una agencia de cobro solamente si se dispone de una investigación de respaldo documentada en la cuenta. Se deberán seguir y documentar en la cuenta los procedimientos adecuados para direcciones incorrectas y pacientes fallecidos que no tienen familia/patrimonio.
7. Antes de enviarse a una agencia de cobro, todas las cuentas de personas sin seguro se filtran para determinar la elegibilidad relacionada con los ingresos con respecto al CAP de Virtua. Si reúnen los requisitos, las cuentas se ajustan antes de enviarse a una agencia de cobro.