

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> Contabilidad del paciente	<u>FECHA DE EMISIÓN</u>	<u>FECHA DE LA ÚLTIMA REVISIÓN</u> 12/2016, 03/20/2018, 12/02/2019, 03/14/2023, 08/2024	<u>FECHA DE REVISIÓN</u> 12/2015, 11/2019 12/02/2019, 01/2021, 03/2023, 08/2024	<u>FECHA DE VIGENCIA</u> 12/2015
<u>INTERVALO DE REVISIÓN</u> 12 meses <u>Esta política se aplica a:</u>		<u>REVISADO/APROBADO POR:</u> Funcionarios del Consejo Directivo de Virtua Health Virtua - Memorial Hospital Burlington County, Inc. Virtua - West Jersey Health System, Inc. Virtua Memorial Burlington – Psych Virtua Our Lady of Lourdes Hospital, Inc. Virtua Willingboro Hospital, Inc		

1. Política

El objetivo de la política de asistencia financiera (Financial Assistance Policy, FAP) de Virtua es asistir a las personas que no cuentan con los recursos económicos necesarios (incluido el seguro médico) para pagar por la atención que ellos o alguien de quien son responsables recibieron. 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 ni a procedimientos cosméticos opcionales. Los pacientes que reciben atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria en Virtua también suelen ser atendidos por grupos de médicos privados u otros proveedores de atención médica independientes mientras reciben atención de Virtua. En el Apéndice A de www.Virtua.org, encontrará una lista de proveedores de nuestros centros hospitalarios que prestan servicios de atención de emergencia u otros servicios de atención médicamente necesarios. En el apéndice, se especifican los proveedores que están cubiertos en el marco de esta FAP y los que no lo están. Si es necesario, el listado de proveedores se revisará y actualizará trimestralmente.

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

Siempre que se cumplan los requisitos, puede concederse la asistencia financiera mediante los siguientes programas:

- a) Programas gubernamentales, como Medicaid y la Seguridad Social
- b) El Programa de Asistencia para Pagos por Cuidado Hospitalario de New Jersey (HCPAP)

La fuente de financiamiento de 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 de 1997 del estado de Nueva Jersey. La aprobación del Programa de Asistencia para Pagos por Cuidado Hospitalario de New Jersey (HCPAP) se traduce en atención gratuita o con descuento para los pacientes que reciben servicios de hospitalización y ambulatorios en hospitales de atención aguda de todo el estado de Nueva Jersey. La asistencia hospitalaria y la atención a tasas reducidas solo están disponibles para la 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 ni patrocinada por el gobierno (p. ej., Medicaid).
- iii. Reúnen los criterios de elegibilidad de ingresos y activos que se incluyen a continuación:

Criterios de ingresos: Los pacientes con ingresos familiares brutos inferiores o iguales al 200 % de las pautas federales de pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG) son elegibles para una cobertura de atención benéfica del 100 %. Los pacientes con ingresos familiares brutos superiores al 200 % pero inferiores o iguales al 300 % de las FPG son elegibles para la atención con descuento. La atención gratuita o los cargos cubiertos de forma parcial se determinarán mediante el programa de tarifas del Departamento de Salud de Nueva Jersey.

Criterios de activos: El HCPAP incluye umbrales de elegibilidad de activos que establecen que los activos individuales no pueden superar los \$7,500 y los activos familiares no pueden superar los \$15,000. Para conocer los niveles federales de pobreza, consulte <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>.

El HCPAP también está disponible para quienes no residan en Nueva Jersey y necesiten atención médica inmediata por una afección médica de emergencia.

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

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

Todos los pacientes sin seguro con ingresos familiares brutos inferiores al 500 % de las FPG serán elegibles para la atención con descuento en virtud de este programa. En el marco de este programa, el paciente elegible deberá pagar un monto no superior al 115 % de la tasa de pago aplicable según el programa federal de Medicare por los servicios de atención médica prestados.

d) NJ FamilyCare

NJ FamilyCare es el programa de seguro médico financiado con fondos públicos de Nueva Jersey que incluye Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Programme, CHIP), Medicaid y la ampliación de Medicaid. NJ FamilyCare es un programa de seguro médico financiado con fondos federales y estatales creado para ayudar a los residentes elegibles de Nueva Jersey de cualquier edad a acceder a un seguro médico asequible. NJ FamilyCare está destinado a personas que no poseen seguro mediante el empleador.

La elegibilidad financiera para las personas que soliciten elegibilidad para NJ FamilyCare se basará en su ingreso bruto ajustado modificado (Modified Adjusted Gross Income, MAGI). Puede encontrar más información en: www.njfamilycare.org/default.aspx.

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

El programa de Nueva Jersey de Educación y Detección Precoz del Cáncer (New Jersey Cancer Education and Early Detection, NJCEED) ofrece difusión, información y servicios integrales de exámenes para la detección del cáncer de mama, cervical, colorrectal y de próstata.

Para ser elegible, el paciente debe carecer de seguro o tener un seguro insuficiente. Además, sus ingresos brutos familiares deben ser iguales o inferiores al 250 % del FPG. Puede encontrar más información 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.

Para ser elegible, los gastos hospitalarios deben superar el 10 % de los ingresos brutos de la familia, más el 15 % de cualquier exceso de ingresos que supere los \$100,000, el hijo debe tener 21 años o menos cuando se incurrió en los gastos médicos y la familia debe haber vivido en Nueva Jersey durante los 3 meses inmediatamente anteriores a la fecha de la solicitud. Los trabajadores inmigrantes pueden ser elegibles; los residentes temporales, no. Puede encontrar más información 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 la Oficina de Compensación de Víctimas de Delitos de Nueva Jersey, el delito debe haber ocurrido en Nueva Jersey o debe referirse a 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 enjuiciamiento del delito. La reclamación debe presentarse en un plazo de 3 años a partir de la fecha del delito y el paciente debe ser víctima inocente del delito. Puede encontrar más información en www.nj.gov/oag/njvictims/index.html.

h) Montos generalmente facturados (ABG)

De conformidad con el artículo 501(r)(5) del Código de Rentas Internas (Internal Revenue Code, IRC), en caso de emergencia u otra atención médicamente necesaria, no se cobrará a los pacientes elegibles más que los montos generalmente facturados a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención.

Los pacientes pueden ser elegibles para este descuento si no poseen seguro y los ingresos familiares brutos son inferiores al 500 % de las FPG. Además, los pacientes con seguro insuficiente pueden ser elegibles si sus ingresos familiares brutos son superiores al 200 % pero inferiores o iguales al 300 % de las FPG.

i) Programa de Asistencia Benéfica (“CAP”) de Virtua

Los pacientes sin seguro no elegibles para Medicaid que no reúnen los requisitos para obtener un descuento del 100 % en el marco del HCPAP podrían ser elegibles para el Programa de Asistencia Benéfica (Charity Assistance Program, CAP) si son ciudadanos estadounidenses y sus ingresos familiares brutos no superan el 500 % de las FPG. Aquellos que sean elegibles para la asistencia en el marco del CAP recibirán un descuento del 90 % 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 proporcionar información de la familia/del hogar y comprobantes documentados de ingresos (consulte los ejemplos de comprobantes de ingresos incluidos en el artículo 2[b] del HCPAP).

La solicitud para participar 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”) pueden descargarse del sitio web de Virtua, www.virtua.org, en el marco del Programa de Asistencia Benéfica de Virtua.

Para obtener copias impresas de las solicitudes, llame a nuestra oficina de Servicios al Cliente al (833) 335-4010.

Los pacientes disponen de 365 días a partir de la fecha de la primera factura posterior al alta para presentar las solicitudes completadas, que incluyen la documentación obligatoria.

Envíe las solicitudes completas (con toda la documentación obligatoria) a la siguiente dirección:

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 en la que se describa la información/documentación adicional necesaria para tomar una decisión sobre la elegibilidad para la FAP y dará al paciente un plazo razonable (30 días) para proporcionar la documentación solicitada. Virtua también proporcionará al paciente una copia del resumen en lenguaje sencillo (Plain Language Summary, 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 más información en lenguaje claro, conciso y fácil de entender.

3. Bases para el cálculo de los montos cobrados

Todos los años, Virtua establecerá los porcentajes de los montos generalmente facturados (Amounts Generally Billed, AGB) para sus instalaciones hospitalarias con el método de actualización. Los porcentajes de los 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 los AGB resultantes se multiplican por los montos brutos para procedimientos específicos a fin de determinar el monto de los AGB.

Los porcentajes los AGB calculados, así como una descripción adjunta de los cálculos, están disponibles previa solicitud y de forma gratuita. Para ello, debe llamar a nuestra oficina de Servicio al Cliente al (833) 335-4010.

No se cobrará más del AGB por los servicios de atención de emergencia ni otros servicios de atención médicamente necesarios a las personas elegibles para la FAP, de conformidad con el artículo 501(r)(5) del IRC. El AGB se refiere el monto máximo que se cobra a cualquier persona elegible para la FAP. De acuerdo con esta FAP, a las personas elegibles para la FAP se les cobrará el monto inferior del AGB o cualquier otra tasa con descuento para la que sean elegibles 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 un sustituto de las responsabilidades individuales de cada persona. Se espera que las personas que se considere que tienen los medios económicos para pagar su atención lo hagan, y Virtua se reserva el derecho de tomar las medidas que permita la ley para proteger sus activos según sea 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;
- Registro de hospitalizaciones.

Además, las copias impresas de la FAP, las solicitudes y el PLS se pueden solicitar llamando a la oficina de Servicios al Cliente de Virtua al 888 625-2890

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 las poblaciones con escasos conocimientos del inglés (Limited Proficiency in English, LEP) que constituyan 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, tras el pago por parte del pagador con responsabilidad primaria por el monto pendiente, queda un saldo residual pendiente (por ejemplo, un monto deducible o 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 (Extraordinary Collection Actions, ECA) en contra de una persona para obtener el pago por la atención hasta que se hayan llevado a cabo esfuerzos razonables a fin de determinar si la persona es elegible para la asistencia en el marco de la FAP de Virtua.

Las cuentas de los pacientes para los que no exista una cobertura de seguro médico de terceros identificada seguirán el ciclo de cobro de autopago definido, y se informará a la parte responsable la disponibilidad de descuentos ofrecidos en el marco de la FAP.

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

- a) Suspenderá toda ECA contra la persona (cualquier tercero que actúe en nombre de Virtua también suspenderá la ECA en proceso).
- b) Tomará y documentará la determinación de elegibilidad para la FAP de forma oportuna.
- 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 se considera 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 los AGB.
- ii. Reembolsará todo excedente de pago hecho por la persona.
- iii. Los terceros tomarán todas las medidas razonables disponibles para revertir toda ECA iniciada contra el paciente para cobrar la deuda.

Las cuentas no pagas que no se hayan sometido a ningún 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) se remitirán a una agencia independiente (“agencia”) para su cobro. No obstante, antes de remitir la cuenta, se podría obtener un estimado de los ingresos anuales de la parte responsable mediante una agencia crediticia independiente. Si, sobre la base de la estimación de los ingresos, puede determinarse que la persona sería elegible para la FAP, se aplicará la mencionada reducción a los gastos y el saldo

neto restante se remitirá a una agencia para su cobro. Además, Virtua notificará a la persona la base para la determinación de la presunta elegibilidad para la FAP.

Dicha agencia mantendrá la cuenta durante un período de 180 días. Después de este plazo, 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) presentar un embargo sobre la propiedad de la persona;
- b) embargar la cuenta bancaria de la persona u otra propiedad personal;
- c) iniciar un procedimiento civil en contra de la persona;
- d) 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 período de notificación de 120 días. Virtua se asegurará que se hayan realizado los esfuerzos suficientes a fin de 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;
 - establezca un plazo después del que las ECA podrán iniciarse;
2. 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.
4. Los pacientes serán, en última instancia, los responsables de sus facturas si no se recibe ningún pago, a menos que lo prohíba el contrato o 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 de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA) no están sujetos al pago previo. Virtua no emprenderá ninguna acción que disuada a las personas de buscar atención médica de emergencia, 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 deudas en el departamento de emergencias u otras áreas en las que dichas actividades puedan interferir en la prestación de atención de emergencia de forma no discriminatoria.
2. El pago de los montos conocidos en concepto de deducible, copago y coseguro debe efectuarse en el momento de recibir el servicio.

3. El pago de servicios no cubiertos, no asegurados y de “estilo de vida” debe efectuarse en el momento de recibir el servicio (los procedimientos de estilo de vida se definen como procedimientos médicamente innecesarios, como la cirugía estética no reparadora).
4. Los saldos de los pacientes que no puedan abonarse antes de recibir el servicio y los saldos pendientes tras el pago o la denegación del seguro deberán resolverse mediante uno 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);
 - 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 período de notificación. El “período de notificación” es un período 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 estados de cuenta. En estas cartas, se incluye 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. Las transferencias a una agencia de cobros no se producirán durante al menos 120 días desde la factura inicial posterior al alta al paciente.
 - c. Las cuentas con direcciones incorrectas y aquellas relacionadas con pacientes fallecidos podrían transferirse a una agencia de cobro solamente si se dispone de una investigación documentada de respaldo sobre la cuenta. Se deberán seguir y documentar en la cuenta los procedimientos adecuados para direcciones incorrectas y pacientes fallecidos sin familia/patrimonio.
7. Antes de enviarse a una agencia de cobro, todas las cuentas de personas sin seguro se ajustan con respecto al CAP de Virtua.