



## Charity Care y Asistencia Financiera

Esta política cubrirá los servicios de salud médicamente necesarios proporcionados por Shore Medical Center (SMC) y no incluye los gastos profesionales relacionados con los servicios médicos proporcionados por Advanced Radiology Solutions (ARS), Bayfront Emergency Physicians, Shore Pathology Associates (SPA), Advanced Anesthesia Associates, y otros médicos de consultoría y proveedores. SMC se ha comprometido a tratar a los pacientes con condiciones médicas de emergencia, a pesar de su capacidad de poder pagar. No es la intención de esta política ofrecer atención gratuita o con descuento a los pacientes que tienen seguro de salud con altos deducibles o coseguro a menos que de lo contrario califiquen para asistencia financiera bajo esta política. Cualquier persona que no tiene seguro o no tiene la capacidad de pagar la totalidad o parte de su responsabilidad financiera a SMC para SMC dado servicios puede solicitar atención de caridad y asistencia financiera. Los pacientes que están recibiendo cirugía plástica o cosmética electiva no son elegibles.

Política: Shore Medical Center está comprometido a proporcionar asistencia financiera a las personas que no tienen seguro, seguro insuficiente, no elegible para un programa del gobierno, o de otra manera no pueden pagar para el cuidado médicamente necesario por de su situación financiera individual. SMC se ha comprometido a tratar a los pacientes que tienen necesidades financieras con la misma dignidad y consideración que se extiende a todos sus pacientes. SMC pretende, con esta política, establecer procedimientos de asistencia financiera que cumplen con las leyes federales, estatales y locales aplicables.

### **Definiciones:**

**Directrices Federales de Pobreza (FPG)** - directrices financieras emitidos por el gobierno federal a principios de cada año calendario se utilizan para determinar la elegibilidad para los programas contra la pobreza. El corriente FPG se puede encontrar en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos en el sitio web [www.hhs.gov](http://www.hhs.gov).

**Paciente Sin seguro** - individuo que no tiene ninguna cobertura de salud de terceros con (a) un tercio aseguradora partido, (b) un plan ERISA, (c) un Programa Federal de Atención de Salud (incluyendo sin limitaciones, Medicare, Medicaid, SCRIP y TRICARE), (d) Compensación de Trabajadores, Cuentas de Ahorros Médicas o otra cobertura para la totalidad o una parte de la cuenta, incluidas las reclamaciones contra terceros cubiertos por el seguro al que se subroga una entidad de SMC, pero sólo si el pago se hace realmente por dicha compañía de seguros.

**Familia** - Usando la definición de la Oficina del Censo, un grupo de dos o más personas que viven juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. De acuerdo a las normas del Servicio de Impuestos Internos (IRS), si el paciente reclama alguien como dependiente en la declaración de la renta, talvez puede ser considerado un dependiente

para el propósito de la provisión de asistencia financiera.

**Unidad de Ingreso Familiar** - El ingreso familiar se determina utilizando la definición de Oficina del Censo, que utiliza los siguientes ingresos al calcular las directrices federales de pobreza:

- Incluye ganancias, compensación por desempleo, compensación de trabajador, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de sobreviviente, pensiones u ingresos de jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías, rentas de propiedades, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, apoyo de niño/s, asistencia de fuera de la familia y otras fuentes misceláneas
- Beneficios que son dinero efectivo (como los cupones de alimentos y subsidios de vivienda) no cuentan;
- Determinado en una base antes -tax
- Excluye las ganancias o pérdidas de capital; y
- Excluye los ingresos de los que no son parientes, por ejemplo, compañeros de casa, que residen en la misma vivienda

For the purpose of financial assistance, an applicant's primary residence will not be considered as an asset for liquidation.

**Bienes** - Definidos como efectivo en mano o cualquier elemento tangible que puede ser liquidado en efectivo, por lo general dentro de los 30 días. Efectivo y cuentas de cheques, IRA's, 401K cuentas de ahorro, acciones, bonos a corto plazo se considerarán bienes líquidos. Certificado de depósito, fondos del mercado monetario, bonos, fondos mutuos, y el valor en efectivo de una póliza de seguro de vida son ejemplos de inversiones que podrían proporcionar dinero rápido cuando sea necesario. Activos tangibles también puede incluir los activos fijos, como maquinaria, edificios, terrenos y el inventario. Los bienes de propiedad conjunta pueden considerarse bienes líquidos dependiendo del tipo de activo y de la propiedad. Para el propósito de asistencia financiera, el solicitante de residencia principal no será considerado como un activo para la liquidación.

**Ingresos Autoempleo** - Se define como la cantidad que queda después de los gastos de operación de negocios. Un formulario de ingresos personal y gastos mensuales y un anterior estado de resultados trimestrales se necesitan para asistir en la determinación de elegibilidad.

**Condiciones médicas de emergencia** - Definido como condición que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluyendo dolor severo) de tal manera que la ausencia de atención médica inmediata razonablemente pudiera resultar en poner la salud

del individuo (o la salud de un niño no nacido ) en serio peligro, deterioro grave de las funciones corporales o disfunción grave de cualquier órgano del cuerpo.

**Medicamento Necesario** - Definido por Medicare como servicios o artículos razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.

**Presunta Charity Care** - La determinación de que un paciente se presume elegible para Charity Care basado en calificadores financieros e históricos.

**Asistencia Financiera** - Asistencia financiera significa que los pacientes que no tienen seguro para el servicio correspondiente y que no son elegibles para la cobertura de seguro gubernamental u otro tipo de cobertura de seguro, y que tienen ingresos familiares de más de 200%, pero inferior o igual a 300%, del nivel federal de pobreza, será elegible para recibir asistencia financiera en forma de cantidades de reembolso Generalmente Facturados por Medicare.

**Elegibilidad:** Cualquier persona que no tiene seguro o no tiene la capacidad de pagar la totalidad o parte de su responsabilidad financiera por servicios proporcionados por SMC a SMC es elegible para el cuidado de la caridad y la asistencia financiera. Los pacientes sometidos a cirugía plástica o cosmética electiva no son elegibles. Se reconoce que hay un pequeño porcentaje de la población de pacientes no asegurados que tienen activos sustanciales y por lo tanto la capacidad de pagar por los servicios de atención de salud. Estas personas pueden tener ingresos o otros bienes exentos de impuestos que no se reflejan en una declaración de impuestos. Esta política no está destinada a proporcionar atención gratuita o tarifas de Medicare Fee Schedules para esta porción de población de pacientes no asegurados. Estas personas son elegibles para el descuento de Auto Pay se detallada en la sección de Participación de esta política.

**Procedimiento:**

## **ELEGIBILIDAD PARA CONSIDERACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA**

- Para comenzar el proceso de asistencia financiera, el paciente o la parte responsable debe completar una "Solicitud de Asistencia Financiera" y aportar la documentación necesaria para apoyar su situación financiera.
- El ortogo de ayuda financiera se basa en la determinación de la necesidad económica, y no tendrá en cuenta la edad, sexo, raza o condición migratoria, orientación sexual o afiliación religiosa.
- Los solicitantes deben cooperar plenamente y cumplir con todas las verificaciones de ingresos y activos a considerar.

- La atención médica del solicitante debe ser médicamente necesarios para ser considerado para asistencia financiera. No se considerarán los servicios médicos únicamente para uso cosmético, y servicios o procedimientos que son elegidos.
- No se considerarán las cuentas de un solicitante que han progresado a una acción legal. Sin embargo, antes de la acción legal, las agencias de cobro externos notificarán al hospital de cualquier cuenta que pueden calificar para asistencia financiera o de cuentas en el que el paciente/garante ha solicitado asistencia financiera.
- Ajustes de asistencia financiera se aplicarán a las cuentas que califican antes de la remisión a una agencia de cobranza externa. La asistencia puede tomar la forma indigente o charity care.
- Debido a que el hospital hace muchos esfuerzos para comunicarse con los pacientes sobre el programa de asistencia financiera durante los procesos de registro y facturación, cobros excesivos (tales como litigios definidos por el IRS ) no ocurrirán en una cuenta donde el paciente no ha sido informado de la posibilidad de solicitar asistencia financiera.
- Si hay información adecuada proporcionada por el paciente o por medio de otras fuentes, que proporciona suficientes pruebas el paciente, se considerará la caridad presuntiva. En el caso de que no hay evidencia para apoyar la elegibilidad del paciente para recibir Charity Care, Shore Medical Center podría utilizar agencias externas en la determinación de las cantidades de ingresos estimados para la base de la determinación de la elegibilidad de Charity Care o cantidades potenciales de descuento. Asistencia Financiera presuntiva será determinado antes de cualquier actividad de recolección exterior. Los siguientes tipos de cuentas pueden ser considerados elegibles para recibir asistencia financiera sin la documentación bajo el Programa de la Caridad Presunta (1) cuentas referidas a agencias de colección que se devuelven como incobrables; (2) Las quiebras; (3) Las referencias de agencias de la comunidad aprobadas; (4) Sin inmuebles (fallecido);

## **DETERMINACIÓN DE NECESIDAD FINANCIERA**

- La necesidad económica se determina a través de una evaluación individual que puede incluir:
  - A completed financial assessment application in which the applicant is required to cooperate and
  - Una solicitud de evaluación financiera completa en la que se exige al solicitante cooperar y proporcionar la documentación necesaria para tomar una determinación de necesidad financiera.
  - El uso de fuentes externas para ayudar a determinar la capacidad de pago del solicitante y el valor de los activos. Los activos no físicos, tales como cuentas

bancarias, bonos, etc., serán utilizados para ayudar a determinar la capacidad de pago, mientras que los activos físicos tales como bienes raíces, automóviles, etc., serán utilizados para ayudar a determinar los coeficientes de endeudamiento.

- Un esfuerzo razonable por Shore Medical Center para explorar y ayudar a los pacientes en la aplicación de fuentes alternativas de pago y cobertura de los programas de pago públicos y privados.
- El uso de un modelo de análisis de datos para identificar a los pacientes que pueden ser utilizados para calificar para asistencia financiera, pero no han solicitado esta ayuda.
- Determinaciones de asistencia financiera se llevarán a cabo de manera puntual, no mayor de 15 días hábiles después de la recepción de toda la documentación requerida. Si se proporciona toda documentación necesario durante una entrevista con un asesor financiero, el solicitante podrá ser informado de la decisión en ese momento. Una determinación por escrito será enviado al solicitante un plazo de 15 días hábiles.
- Servicios quirúrgicos que no son de emergencia y otros procedimientos regulares que no son de emergencia no serán considerados como una necesidad económica.
- La necesidad de asistencia financiera puede ser re-evaluada en cualquier momento qué información adicional pertinente para la elegibilidad del paciente se haga conocida. Aplicaciones tienen una validez de sólo 90 días.
- Ajustes de la cuenta de asistencia financiera publicados antes de que los pagos sean recibidos de las compañías de aseguranzas, Medicare, Medicaid, transportistas responsables de terceros, o transacciones judiciales, serán invertidos. Esta situación se produce cuando el hospital no tiene conocimiento de otros pagadores o cuando se aplica retroactivamente la cobertura.
- Una verificación de crédito podrá ser procesada por los solicitantes y los miembros del hogar para ayudar a determinar la situación financiera en totalidad y el valor de los activos. Un informe de crédito puede ser utilizado exclusivamente en la determinación de la caridad, cuando no se puede obtener una aplicación financiera. Si el informe de crédito del solicitante indica que los ingresos de familia unidos proporcionados por el solicitante no son realista, la asistencia financiera puede ser negada.
- Se añade el valor de los activos y los ingresos del hogar, junto al total de los ingresos brutos. El ingreso bruto se comparará con la escala móvil de la Guía Federal de Pobreza y los descuentos se aplicarán en consecuencia.

### **Directrices de Asistencia Financiera**

Shore Medical Center utiliza las Directrices Federal de Pobreza (FPO) vigente a la vez que una aplicación se ha completado y presentado para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. Criterios se establecen como sigue:

- Los ingresos familiares que están en o por debajo del 200% del PPG tienen derecho a recibir atención gratuita. Esto se clasifica como la atención de indigentes.
- Los ingresos familiares que superan el 200% del PPG, pero están en o por debajo del 300% de el PPG califican para un pago con descuento basado en una escala móvil. Esto se clasifica como Charity Care.
- Los que no tienen seguro médico, seguro insuficiente y que no califican para la asistencia bajo del Estado, los programas federales o locales serán elegibles para una tasa de descuento del hospital. Calificación bajo el programa SMC dará lugar a una reducción del 80% de los cargos brutos relacionados con el cuidado que se proporciona. Esta reducción resulta en una cantidad típicamente menos de lo que generalmente se cobra a las personas que tienen cobertura de seguro basado en una revisión de la relación entre las cargas brutas y los pagos por atención recibida por los individuos asegurados.

### **PROCESO DE IMPAGO (relacionado con un ajuste de la cuenta parcial o saldo restante después del pago del seguro)**

Las cuentas de los pacientes para los que no se identifica ningún seguro de terceros seguirán un ciclo de recogida de pago auto predefinido. Las cuentas pendientes de pago restantes que no están en el proceso de hacer arreglos de pago después de un auto ciclo de recogida de pago definido de 120 días serán transferidos a una agencia de terceros para la colección. La cuenta permanecerá con esta agencia durante 180 días. Después de este período de tiempo, sin ningún acuerdo sobre los arreglos de pago para satisfacer el balance pendiente, la cuenta será transferida a otra agencia de cobro tercios del partido. En este momento, el balance pendiente de pago puede ser reportado a una agencia de crédito, y como tal, aparece en el informe de crédito de la cuenta del garante.

### **PROCESO DE APELACIÓN PARA NEGACIONES DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Un solicitante puede apelar una determinación asistencia financiera dentro de los 15 días de la notificación de rechazo. La apelación debe ser presentada por escrito, ya sea por carta o correo electrónico, y se envía a la Oficina de Negocios de Shore Medical Center.

Apelaciones por escrito deben enviarse a:

Shore Medical Center  
Attention: Billing Office Manager  
100 Medical Center Way  
Somers Point, NJ 08244

Apelaciones de correo electrónico deben enviarse a: [iboebler@shoremedicalcenter.org](mailto:iboebler@shoremedicalcenter.org)

El Gerente de la Oficina de Facturación responderá a la apelación dentro de los 10 días hábiles.

## **COMUNICACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Shore Medical Center hace que la información disponible para los pacientes acerca de su programa de asistencia financiera mediante la publicación y distribución de información en las áreas de registro de pacientes, otros lugares públicos a través de los hospitales, en las facturas de los pacientes, y en su sitio web. La publicación se proporcionan en Inglés y Español y están disponibles en el sitio web o a petición de la siguiente manera:

- Al preguntar a un área de registro del hospital o la oficina asesor financiero
- Por teléfono al 609-653-3717, presionar 1
- Por correo electrónico a Asesoría Financiera a [FinancialCounseling@ShoreMedicalCenter.org](mailto:FinancialCounseling@ShoreMedicalCenter.org)

Nuestro Equipo de Asesoramiento Financiero está disponible de Lunes a Viernes de 8:00 am a 4:30 pm de forma de visita con cita o sin cita para entrevistar a los solicitantes y aceptar las solicitudes de asistencia financiera.

Título de Política: Política de Asistencia Financiera